

介護サービス計画等作成に係る参考資料提供申請書

令和 年 月 日

(宛先)
柳井市高齢者支援課長

申請者 (サービス計画作成を担当する事業所)	事業者番号									
	所在地									
	事業者名									
	管理者									
	計画担当者名									
	電話番号									

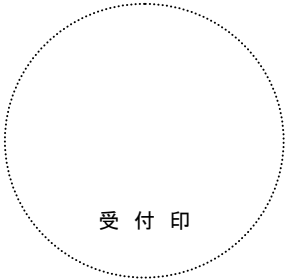
※申請書の提出は、管理者もしくは計画担当者が行ってください。(代理人の場合は郵送になりますので返信用封筒をご用意ください。)
※窓口での資料提供を希望される場合は、本人確認のため介護支援専門員証をご提示ください。

介護サービス計画等の作成に必要なため関係資料の提供を受けたいので、次のとおり申請いたします。
なお、資料の提供を受けた際は、個人情報の重要性を認識し、下記の遵守事項を守り、私の責任において資料を適切に管理・処分することを約します。

対象者	被保険者番号											性別	男 ・ 女	
	フリガナ											生 年 月 日		
	氏 名											明治・大正・昭和 年 月 日		
	住 所													
必要とする資料	[年 月 日認定分] ☐ 主治医意見書の写し ☐ 認定調査票の写し ☐ 特記事項の写し											※郵送でご請求の場合は、返信用封筒を同封してください。		
備考														

受取人 署名欄	令和 年 月 日
	(署名) _____

※受領時にご署名ください。(郵送の場合は不要です。)



受付番号
—

(申請者の遵守事項)
(1) 事業者は、提供資料をケアプラン作成のための参考資料としてのみ使用すること。サービス担当者会議で使用するために提供資料を複写したときは、会議終了をもって回収し、適切に破棄すること。
(2) 提供資料に記載されている個人情報について、第三者への提供を行わないこと(第1号の場合を除く)
(3) 提供資料の複写及び複製を行わないこと(第1号の場合を除く)
(4) 提供資料を紛失しないよう厳重に管理すること。
(5) 柳井市から提供資料の返還を求められたときは、速やかに返還すること。
(6) 必要がなくなった提供資料は、確実かつ速やかに破棄すること。

《注意》上記の遵守事項に違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなります。

※市 確認 欄	受 付	申請者区分	本人確認	居宅介護サービス 計画作成依頼届出 書等の受付確認	地域包括支 援センター 委託確認	処 理
	窓口・郵送	本人・代理人	☐ 事業所所属確認	有 ・ 無	有 ・ 無	窓口・郵送 ・提供せず
		☐ 返信用封筒	☐ 介護支援専門員証			
			☐ () ☐ なし(窓口不可→郵送)			