

※いずれかにチェック

介護給付

予防給付

(提出先：介護保険課)

年 月 日

介護認定審査会資料提供請求書

府中市長

(請求者)

事業者名称

印

(委託元： 地域包括支援センター)

所在地

電話番号

代表者名

担当介護支援専門員氏名

【サービスの種類】(※該当するものにチェック)

(介護予防) 居宅介護支援 介護予防ケアマネジメント 介護保険施設 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護支援 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 看護小規模多機能型居宅介護支援

居宅(介護予防)サービス計画作成等上記に係るサービス計画作成及び介護報酬の請求(以下「居宅サービス計画作成等」といいます。)を目的として、裏面对象者一覧のとおり、府中市が保有する介護認定審査会資料の写し(以下「資料」といいます。)の提供を請求します。なお、資料の提供を受けるに当たっては、裏面記載の【利用条件】を遵守します。

【注意事項】

1 提供対象資料

- 請求は、認定結果の確定後から当該認定の有効期間満了までの間にのみ行うことができる。ただし、本人が転出した場合に限り、受給資格証明書に基づき転出先の市区町村が行った認定の有効期間内も、請求を行うことができる。
- 次の事項に該当する場合、資料の一部又は全部について提供しない。
 - 被保険者及び医師の同意がない場合
 - 居宅介護サービス計画作成等に必要としない情報が含まれる場合
 - 特定の者に不利益を生ずるおそれがあると認められる場合
 - 介護保険法等関係法令又は個人情報の保護に関する法律に抵触するおそれがあると認められる場合

2 添付物

- 交付の対象者は、上記【サービスの種類】欄に記載のある居宅介護支援等の提供に係る契約を締結している事業者とし、市が求める場合は、契約書の写しなど被保険者と事業者の契約関係を確認できる書類を提出する。
- 被保険者の同意の確認は、介護保険要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書又は介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書の同意確認欄への署名にて行うが、署名がない場合は別紙「同意書」を添えて請求書を提出する。
- 資料の交付は、請求者が希望する場合、郵送によることができる。なお、郵送による場合は、請求者はあらかじめ、必要な金額の郵便切手を貼付した返信用封筒を添えて請求書を提出する。

3 交付

- 交付(発送)までに要する標準処理期間は、特段の事情がない限り、請求日の翌開庁日から起算して5日(ただし、開庁日を除く。)とする。
- 請求者は、窓口で資料を受け取る際に介護支援専門員証を提示する。

【問合せ先】

〒183-8703 東京都府中市宮西町2-24
府中市福祉保健部介護保険課介護認定係
電話：042-335-4309

(請求者)
事業者名称

介護認定審査会資料提供請求書（対象者一覧）

太線枠内に記入(被保険者証記載のとおりにご記入ください。)					事務局使用欄		備考
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
NO.	氏名		住所		居宅等の届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	被保険者番号	000	資料	年 月 日付 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区変却下 <input type="checkbox"/> 基本調査(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	提供可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	

注 左欄に通し番号を付番してください。

【利用条件】

請求者は、次のとおり、提供された資料に係る情報（以下、「個人情報」といいます。）の取り扱い及び保管に十分注意を払うとともにその責任を有する。

- 個人情報の保護に関する法律、その他の法律・政令・省令・条例及び所轄官庁の行政指導を遵守のうえ、個人情報を取り扱うものとする。
- 個人情報を被保険者の居宅サービス計画作成等以外の目的に使用しない。
- 個人情報は居宅サービス計画作成等サービス提供に係る関係者以外の者に提供しない。
- 資料の複写又は複製を禁止する。
- 個人情報の漏えい、滅失、改ざん及び棄損の防止、その他の適切な管理のために必要な措置を講じるものとする。個人情報の漏えい等の事故が発生した場合は、直ちに市へ報告する。
- 市から交付された資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じる。
- 個人情報の利用期間が終了したときは、直ちに、当該個人情報を適切な方法により廃棄する。この場合において、当該個人情報の漏えい防止に十分留意しなければならない。