

# 介護サービス計画作成等及び

## 介護予防支援・ケアマネジメント作成等に係る資料提供依頼書

令和 年 月 日

福知山市健康福祉部高齢者福祉課長 様

介護サービス計画作成及び介護報酬算定、介護予防ケアマネジメント作成の参考にするため、下記の点について誓約した上、資料提供を依頼します。

事業所名

介護支援専門員氏名

### (誓約事項)

- 1 資料提供により知り得た個人情報、他に漏らさない。
- 2 資料提供により知り得た個人情報及び当該情報を用いて作成した個人情報の記録された資料等は、介護サービス計画及び介護報酬算定、介護予防ケアマネジメント作成以外には使用しない。
- 3 資料提供により知り得た個人情報及び当該情報を用いて作成した個人情報の記録された資料等は、第三者に提供しない。
- 4 資料提供により知り得た個人情報及び当該情報を用いて作成した個人情報の記録された資料等は、承諾なしに複写又は複製しない。
- 5 資料提供により知り得た個人情報及び当該情報を用いて作成した個人情報の記録された資料等は、適正に管理する。

被保険者番号	対 象 者	生 年 月 日	提供を依頼する資料	使 用 目 的
		M T S . .	主治医意見書 認定調査票 参加意見照会票	<input type="checkbox"/> 介護サービス 計画作成 <input type="checkbox"/> 報酬算定 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマ ネジメント作成
		M T S . .	主治医意見書 認定調査票 参加意見照会票	<input type="checkbox"/> 介護サービス 計画作成 <input type="checkbox"/> 報酬算定 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマ ネジメント作成
		M T S . .	主治医意見書 認定調査票 参加意見照会票	<input type="checkbox"/> 介護サービス 計画作成 <input type="checkbox"/> 報酬算定 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマ ネジメント作成

資料提供を郵送で受取の場合は、返信用封筒を同封の上、ご提出をお願いします。