

様式第1号(第5条関係)

介護サービス計画関係資料交付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

申請者	事業所番号										
	住所(事業所にあつては、所在地)										
	氏名(法人にあつては、名称及び代表者名)										
	事業者の名称及び責任者の氏名(電話番号)	_____ () _____									
	担当者の職名・氏名										
	本人との関係又は介護サービスの種別										

吉備中央町介護サービス計画情報提供規則により、介護サービス計画の作成のため、次のとおり資料の交付を申請します。

被保険者	氏 名		被保険者番号										
	住 所 (電話)	_____ () _____											
申 請 に 係 る 書 類		年 月 日認定に係る次の書類の写し ① 認定調査票(特記事項を含む。) ② 一次判定結果 ③ 認定結果通知書 ④ 主治医意見書											

処 理 欄	申 請 受 付	交 付 日	
			係印

様式第2号(第5条関係)

誓 約 書

年 月 日

吉備中央町長 様

申請者

事業所番号										
事業所の所在地										
法人の名称及び代表者名										
事業所の名称及び責任者の氏名 (電話番号)	_____ () _____									

- (1) 吉備中央町介護サービス計画情報提供規則により、提供を受けた次の情報は、介護サービス計画の作成以外の目的に利用しません。
- (2) 提供を受けた情報は、個人のプライバシーに関する情報であることを十分認識し、その管理には、細心の注意を払います。
- (3) 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議の場で居宅サービス事業者に情報を提示した場合は、会議終了後回収します。
- (4) 提供を受けた情報は、当事業所で管理し、他の事業者に写しを交付しません。
- (5) 提供を受けた情報により、損害賠償等の事故が生じたときは、責任をもって対処いたします。

被保険者	氏 名		被 保 険 者 番 号										
	住 所 (電話)	_____ () _____											
申 請 に 係 る 書 類		年 月 日認定に係る次の書類の写し ① 認定調査票(特記事項を含む。) ② 一次判定結果 ③ 認定結果通知書 ④ 主治医意見書											
受 取 年 月 日		年 月 日											