

サービス計画作成資料請求書

愛川町長 殿

所在地

事業者 名称

代表者

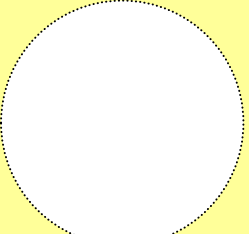
窓口に来庁したケアマネジャー氏名

居宅・施設サービス計画作成のため、次の方の要介護認定等資料を開示願います。

被 保 険 者							処 理 欄		
1	フリガナ 氏名		被保険者番号					依頼	認定
	生年月日	M T S	年 月 日	男・女	居宅 施設	入所日	年 月 日	意見書 調査票	同意
2	フリガナ 氏名		被保険者番号					依頼	認定
	生年月日	M T S	年 月 日	男・女	居宅 施設	入所日	年 月 日	意見書 調査票	同意
3	フリガナ 氏名		被保険者番号					依頼	認定
	生年月日	M T S	年 月 日	男・女	居宅 施設	入所日	年 月 日	意見書 調査票	同意
4	フリガナ 氏名		被保険者番号					依頼	認定
	生年月日	M T S	年 月 日	男・女	居宅 施設	入所日	年 月 日	意見書 調査票	同意
5	フリガナ 氏名		被保険者番号					依頼	認定
	生年月日	M T S	年 月 日	男・女	居宅 施設	入所日	年 月 日	意見書 調査票	同意

遵守事項

- 私は、情報提供された資料に係る情報を、本人の介護サービス計画作成以外の目的には使用しません。
- 私は、指定居宅介護事業者等の職員又は職員であった者が、第1項の行為を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 私は、交付された写しを厳重に管理し、紛失又は散逸しないよう適正な保管に努めます。また、交付された写しを紛失又は散逸した場合は、直ちに愛川町に連絡し、その指示に従います。
- 私は、愛川町から交付された写し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ます。

 収受	決 裁					
	課 長	主 幹	副主幹	班 員	起案者	コピー枚数
						A4判 枚
						交付年月日