

介護予防ケアマネジメントに係る資料提供申出書

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

申出者 事業所等名称

申出者氏名

連絡先

下記被保険者の介護予防ケアマネジメントを適切に行うため、当該被保険者に係る資料の提供を受けたいので申し出ます。

なお、本申出により知り得た内容については、個人情報保護に関する法令等に定めるもののほか次の事項を遵守することを誓約します。

- ・介護予防ケアマネジメントを適切に行うこと以外の目的に使用しないこと。
- ・第三者に対して内容を伝えない又は提供しないこと。
- ・漏えい、滅失、改ざん又はき損を防止するために必要な措置を講じ、適切に管理すること。
- ・保有する必要がなくなった際には、確実な方法で速やかに廃棄すること。
- ・返還を求められた際には、すでに廃棄した場合を除き、速やかに匝瑳市長へ返還すること。
- ・遵守事項のいずれかに違反した際には、速やかに匝瑳市長へ報告すること。

記

被保険者番号	住所	氏名	提供希望資料	確認
			<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> かかりつけ医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> かかりつけ医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> かかりつけ医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	

市記載欄	受付者：	申出者確認方法： <input type="checkbox"/> 従業者証 ・ <input type="checkbox"/> その他
------	------	-----------------------------------------------------------------------

課長	班の統括	班員

資料提供してよろしいか。