

# 法人後見人 記入例

## 要介護認定等の資料提供申請書

神戸市長宛

申請年月日

令和 3 年 3 月 15 日

下記により要介護認定等に係る資料の提供について申請します。なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを誓約するとともに、違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなることを了承します。

誰のものが要りますか	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	明治 大正 昭和	12 年 3 月 4 日
	フリガナ	コウベ ハナコ			
	被保険者氏名	神戸花子			
	住民票上の住所	〒650-0001 神戸市中央区加納町×丁目×番×号		電話番号	078(321)0000

何が要りますか	提供資料(認定済最新分・ <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 認定等結果情報 <input checked="" type="checkbox"/> 認定情報(事務局用) <input checked="" type="checkbox"/> 調書	年 月 日 認定分]	何に使いますか	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成のため(事業者は当目的に限る) <input checked="" type="checkbox"/> 認定資料の内容確認のため <input type="checkbox"/> その他 ※具体的に記載してください
	<input checked="" type="checkbox"/> 提供は本人・親族のみ <input type="checkbox"/> (事業者には提供不可)	( )		

※申請者が事業者の場合は計画作成依頼届等が提出済(同時提出可)であるかまたは契約書(写)の確認が必要です。

あなたは誰ですか	申請者氏名 又は 事業者の 名称	※本人の場合は記入不要です 社会福祉法人〇〇市社会福祉協議会 理事長 介護 二郎 (事業者担当者名: )	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input checked="" type="checkbox"/> 後見人等 ※登記事項証明等必要 <input type="checkbox"/> その他 ※委任状必要
	住所又は 所在地	〒000-0000 東京都〇〇市△△町×丁目×番×号		事業者番号
	電話番号	03(0000)0000		

※申請者が本人以外の場合は同意が必要です(但し事業者が認定申請書の同意欄において既に同意を得ている場合を除く)。

同意欄	私は、神戸市が保有する上記の資料について、申請者に提供することに同意します。 被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ ※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が 可能。(事業者は代筆不可) (続柄) _____
-----	---

### 神戸市記入欄

--	--	--

#### 申請者の遵守事項

- 私は、提供を受けた資料に係る本人の情報(以下「本人情報」という。)または本人の親族の情報(以下「親族情報」という。)を申請書に記載した利用目的以外には利用しません。
- 私は、本人情報または親族情報を第三者に知らせ、若しくは提供しません。
- 私は、提供を受けた資料を申請書に記載した利用目的以外の目的で複製または複製しません。
- 私は、提供を受けた資料を紛失することがないよう厳重に管理します。
- 私は、提供を受けた資料の返還を求められたときは、速やかに市長に返還します。
- 私は、提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに廃棄します。

交付番号	<input type="checkbox"/> 申請どおり提供 <input type="checkbox"/> 本人同意なし→提供しない	<input type="checkbox"/> 主治医同意なし→意見書以外を提供 <input type="checkbox"/> 提供対象事業者でない→提供しない
申請者の本人確認		本人との関係確認
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他公的な顔写真付証明書 ( ) ( )	※顔写真のない証明(2点) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 厚生(国民)年金証書 <input type="checkbox"/> その他公的な証明書 ( ) ( )	介護者の場合 <input type="checkbox"/> 本人の結果通知等 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 事業者の場合 → <input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成依頼届出(提出済・同時提出) <input type="checkbox"/> サービス提供契約書