住民主体サービス（訪問型・通所型）利用開始証明書

がケアマネジメントを行う

利用者　　　　　　　　　　　　様に対して、令和　　年　　月から、サービスの提供を行っていただきますようお願いいたします。

　なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、令和　　年　　月　　日に済んでいます。

事業者名：

住　　所：

電　　話：

F　A　X：

担 当 者：

記 入 日：

住民主体サービス団体記載欄

サービス・活動提供者記載欄

　　　　　　様におかれましては、令和　　年　　月　　日より、サービスの利用が開始されます。尚、利用者への事業説明及び利用者からの同意取得は令和　　年　　月　　日に済んでいます。

住民主体サービス名称：

住 所：

電 話：

ＦＡＸ：

担当者：

記入日：

なお、個人情報の取り扱いに当たっては、以下の点を遵守します。

　①　サービス提供者は住民サービスの提供に当たって知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、サービス提供終了後においても、第三者には漏らしません。

②　サービス提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

③　サービス提供者は、利用者及びその家族の個人情報について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | （フリガナ） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 男 | 　 | 明 | ・ | 大 | ・ | 昭 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年齢 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ・ | 　 |  | 年 |  |  | 月 |  | 　 | 日生 |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 女 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住所 | 〒　　　　　－　　　　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 電話番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

利用者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険 | 被保険者番号 | ： | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 認定区分　：　 　 　 　 　有効期間　：　　　　年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 担当事業所名　：　 　　担当者　：　 |

＜特記事項＞