

介護情報に関する情報の提供申出書

年 月 日

大多喜町長 様

私は、下記により町が保有する介護情報に関する情報の提供を申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際には、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを確約します。

申出者	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者施設名称			<input type="checkbox"/> 家族(続柄)
	住所(所在地)		代理人職氏名	<input type="checkbox"/> 介護保険施設

被保険者	氏名		被保険者番号			
	住所					
	生年月日	年 月 日	判定年月日	年 月 日	性別	男・女
提供資料	<input type="checkbox"/> 一次判定結果		<input type="checkbox"/> 主治医意見書			
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)		<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)					
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)					

【被保険者等同意欄】(申出者が本人又は家族の場合は要しない。)

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、大多喜町が保有する私(被保険者)の上記資料について、申出者に提供することに同意します。

- 私(被保険者)と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設
- 私(被保険者)と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設

同意者 _____ (印)

【主治医同意欄】(主治医意見書中の介護サービス計画に利用されることの同意欄に、主治の医師の同意がある場合は要しない。)

私は、大多喜町が保有する上記被保険者の主治医意見書に係る情報の提供に同意します。

主治医 _____ (印)

※ 申出の際は、次に掲げる書類を提出し、又は提示してください。

- (1) 被保険者本人が申出する場合は、本人であることを証明するために必要な書類(医療保険等の被保険者証・住民票・戸籍謄本等)
- (2) 被保険者の家族による申出の場合は、被保険者の家族であることを証明するために必要な書類(医療保険等の被保険者証・住民票・登記事項証明書・戸籍謄本等)
- (3) 申出者が被保険者と契約を締結し、又は締結することを予定している事業者又は施設であることを証明するために必要な書類(居宅介護支援事業等の提供契約書等)
- (4) 閲覧又は写しの交付を受ける者が申出者の従業員であることを証明するために必要な書類(従業員身分証明書等)

【処理欄】(記入しないでください。)

- 申出者確認 居宅介護支援等の提供契約書 従業員身分証明書
 その他()

(裏 面)

遵守事項

- 1 私は、提供を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という。)の情報(以下「本人情報」という。)又は被保険者の家族の情報(以下「家族情報」という。)を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画(以下「介護サービス計画」という。)の作成以外の目的には使用しません。
- 2 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ若しくは提供し、又は家族情報を家族の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ提供することはしません。
- 3 私は、私の従業員又は従業員であった者が、上記1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写又は複製しません。
- 5 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 6 私は、本人との居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料(複写又は複製したものを含む。)を本人に提出するか、又は責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は大多喜町から提供資料の掲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。

※ 上記の遵守事項に違反した場合、今後の情報提供が受けられなくなる場合があります。