

要介護認定等の情報提供に係る申請書

令和 年 月 日

角 田 市 長 殿

私(申請者)は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報について、提供されるよう申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の事項を遵守し、私(申請者)の責任で情報を適正に管理することを誓約します。

申請者	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
	事業者名称	(担当者名)	
	住所 (所在地)		

被保険者	氏名		被保険者番号	0	2	0	0						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日			性別	男・女				
	住所												
提供情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票 (基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項) <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 (一次判定結果等)		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <small>※主治医の同意が無い場合提供不可</small> <input type="checkbox"/> 介護認定審査会会議録										

【本人同意欄】

本人同意書

私は、上記の申請者が下記の人であることを証するとともに、角田市が保有する私の介護保険の要介護認定等に関する情報について、申請者に提供することに同意します。

- 私の家族 ()
- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・介護保険施設
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・介護保険施設

本人署名 _____

【市記入欄】(この欄は記入不要です。)

上記の被保険者について、申請者に対して要介護認定等の情報を開示してよろしいか伺います。		起案年月日：令和 年 月 日		
		決裁年月日：令和 年 月 日		
		発送年月日：令和 年 月 日		
課長	課長補佐	係長	係員	受付

(裏 面)

- 1 私は、提供を受けた被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の居宅サービス計画、介護予防サービス計画又は施設サービス計画の作成及び介護サービスの適正な利用の促進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提供し、又は親族情報を本人の親族の文書による同意を得ることなく当該親族以外の者に提供することはしません。
- 3 私は、私の従業者又は従業であった者が、上記の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、提供を受けた情報を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた情報を紛失又は破損したときは、直ちに本人又はその家族に連絡し、その指示に従い善処します。
- 5 私は、本人との居宅介護支援、介護予防支援又は施設サービスの提供に係る契約が終了したとき、その他提供を受けた情報を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該情報（複写又は複製したものを含む。）を本人に返還するか又は責任を持って廃棄します。
- 6 私は、本人又は角田市から提供情報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。
- 7 私は、私の責に帰すべき事由により問題等が生じたときは、責任を持って解決に努めます。

(注) 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い場合があります。