

様式第2号（第4条関係）

要介護認定等情報提供申請書（事業所用）

年 月 日

始良市長 殿

私は、下記の被保険者の要介護認定等に関する資料を提供されるよう申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任において適正に管理することを約します。

記

申請者	(フリガナ) 氏 名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 始良市地域包括支援センター	
	事業者・施設の 名 称			
	住所(所在地)		電話番号： ( )	
申請者等確認書類		・運転免許証・健康保険証・各事業所が発行する身分証明書 ・官公庁発行の身分証明書(写真付き)・その他( )		
被保険者	住 所			
	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	年 月 日	
	被保険者番号	電 話 番 号		
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査（調査実施者が特定される部分を除く）） <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 一次及び二次判定結果（介護認定審査会資料） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

本人同意欄

私は、上記の申請者が次の者であることを証するとともに、始良市が保有する私の上記資料について、申請者に提供することに同意します。

- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・介護保険施設・地域密着型サービス事業者
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・介護保険施設・地域密着型サービス事業者
- その他 ( )

被保険者本人署名

代理署名者

続柄 ( )

(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。）又は本人の親族の情報（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、施設サービス計画又は地域密着型サービス計画（以下「居宅サービス計画等」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知らせ、若しくは提供することはありません。
- 3 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記1及び2に記した事項を遵守する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居宅サービス計画等の作成以外の目的で複写又は複製することはありません。
- 5 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、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、本人との居宅サービス、介護予防サービス、施設サービス又は地域密着型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。）を責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は始良市から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められた場合は、いつでもこれに応じます。

(注) 上述の遵守事項に違反した場合、その後の資料提供が受けられなくなることがあります。