

要介護認定等の資料提供に係る申出書

年 月 日

砥部町長 様

私は、次のとおり介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。なお、資料の提供を受けたときは、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約束します。

申出者 (窓口に来られた方)	フリガナ				
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	〒			
	被保険者との関係 ※該当する□に「レ」印を記入してください。	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		<input type="checkbox"/> 親族 ()	
<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護支援事業者			
<input type="checkbox"/> 介護保険施設		<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護事業者			
<input type="checkbox"/> 認知証対応型共同生活介護事業者		<input type="checkbox"/> 法定代理人			
		(所在地)			
		(事業者の名称)		印	
申出者の確認等		<input type="checkbox"/> 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ()	
被保険者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒		生 年 月 日	
	年 月 日				
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査 ・ 基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定審査会記録				
※ 該当する□に「レ」印を記入してください。					

【本人同意欄】

私は、上記の申出者が下の者であることを証するとともに、砥部町が保有する私の上の資料について、申出者に提供することに同意します。

- 私と契約を締結した指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・小規模多機能型居宅介護支援事業者
- 私と契約を締結する認知証対応型共同生活介護事業者・特定施設入所者生活介護事業者
- 私の親族 ()
- 法定代理人 ()

本人署名

印

(代理記載の場合は、本人の捺印が必要)

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。）又は被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の介護サービス計画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、上記の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介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、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、紛失し、又は破損しないよう適正に保管するとともに、提供を受けた資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに本人に連絡します。
- 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（複写し、又は複製したものを含む。）を本人に提出し、又は責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は砥部町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ときは、いつでもこれに応じます。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。