

要介護認定等の資料提供に係る申請書

令和 3 年 4 月 1 日

岩倉市長様

私は、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際は、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します。

記

| | | | | |
|-----|----------|--------------|--------|---|
| 申請者 | 氏名 | 岩倉 太郎 | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| | 事業者・施設名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 | | <input type="checkbox"/> 親族() |
| | 住所(所在地) | 愛知県岩倉市〇〇町△番地 | | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 介護保険施設 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター |
| | | | | 電話番号(0587) 〇〇 - □□□□ |

| | | | | |
|------|--|-------------------------|--------|---------|
| 被保険者 | 氏名 | 鯉 花子 | 被保険者番号 | △△△△△△ |
| | 生年月日 | 昭和 〇〇 年 □ 月 △△ 日 | 性別 | 男 ・ (女) |
| | 住所 | 愛知県岩倉市△△町〇〇番地 | | |
| 提供資料 | <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(現況調査・基本調査) | 提供を希望する資料の有効期限の開始日を記入 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) | 有効期限が 平成 3 1 年 〇 月 ◇◇ 日 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 | からの資料について。 | | |

提供を希望する資料にチェック

[本人同意欄]

私は、上記の申請者が岩倉市の保有する私の上記資料について、申請者に提供することを同意します。

本人様またはご家族様の署名
※ボールペンで記入※印刷不可

本人署名

鯉 花子

本人が署名できない場合の代理人署名

(続柄)

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。)を本人の介護予防サービス計画又は居宅サービス計画、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しません。
- 3 私は、私の所属する事業所の職員又は職員であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないような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、本人との介護予防支援又は居宅介護支援、施設介護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、速やかに当該資料を本人に提供するか又は責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は岩倉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ときは、直ちにこれに応じます。

(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。