## 要介護認定等の情報提供に係る申請書

令和 年 月 日

## 大河原町長 様

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。

報を適正に管理することを誓約します。													
申	氏		,	名						本		本人	
請	10		711						人		家族(	)	
	事業者名称									ک		介護予防支援事	<b>事業者</b>
	子人口,口,口,			l>1.	(担当者名				)	の	□ 居宅介護支援事業者		
	住 所		所						関		介護保険施設		
者	(	所有	E地)	)						係			
被保	氏 名			名				被保険者番号					
険   者	生	年	月	田	年	J.	]	日	性		別	男 •	女
	住			所	大河原町		字						
提		認気	官調	查票	(概況調査)					主治医	意見	書	
供	□ 認定調査票				(基本調査)				□ 介護認定審査会会議録				
情報	□ 認定調査票(特記事項)												
	□ 介護認定審査会資料 (一次判定結果等)												
	•												
〔本人同意欄〕													

## 本 人 同 意 書

私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、大河原町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、	介護予防支援事業者	• 居宅介護支援事業者	· 介護保険施設
私と契約を締結する予	定の介護予防支援事	業者・居宅介護支援事	業者・介護保険施設

<del>*</del> '	署名			
华八	有和			

- 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又は介護予防サービス計画、若しく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者であった者が、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、本人との介護予防支援又は居宅介護支援、若しくは施設サービス の提供に係る契約が終了したとき、その他の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、又は責任持って廃棄します。
- 6 私は、本人又は大河原町長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、私の責めに帰すべき事由により問題等が生じたときは、責任をも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。

## ※下記は記入しないでください。(介護保険係記入欄)

		代理権の確認	
申請方法	□本人  □代理人  □代行  □郵送		
		□委任状	
		□戸籍謄抄本	
	□運転免許証 □パスポート □在留カード、特別永住者証明書 □身体障害者手帳	□介護保険被保険者証	
	□居宅介護支援専門員証 □精神障害者保健福祉手帳	□その他	
	□療育手帳 □学生証(写真付き) □社員証(写真付き)	( )	
	□その他( ) 記号・番号( )		
身元			
確認	□健康保険証 □介護保険被保険者証 □介護保険負担割合証 □介護保険決定通知書	確認者	
	□介護保険負担限度額証 □社員証(写真なし) □学生証(写真なし)		
	□地方税等の領収書 □住民票等の写真なし公的書類		
	□その他 ( ) 記号·番号 ( )		