

要介護認定等資料提供申出書

年 月 日

(あて先) 南幌町長様

介護保険法に基づく介護保険事業の適切な運営のため、下記の被保険者に対する要介護認定等資料が必要ですので資料の提供について申し出ます。

なお、資料の提供等を受けた際は、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誓約します。

申 出 者	氏名	印	被保険者 (本人) との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者・施設 名称			<input type="checkbox"/> 親族 ()
	住所 (所在地)			<input type="checkbox"/> 主治医意見書を 作成した医師
				<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
				<input type="checkbox"/> 介護保険施設
				<input type="checkbox"/> その他事業者
			電話番号 ()	

※申出者が本人又は親族の場合は、事業者・施設名称の記入は必要ありません。

被 保 険 者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所			
提 供 資 料	年 月 日付介護保険要介護・要支援認定等に係る			
	<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"/> 二次判定結果		
依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため			
	<input type="checkbox"/> 施設入所のため (施設名:)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

※被保険者の方が複数の場合は、別紙に必要な方を記載し、添付してください。

【本人同意欄】 ※本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、南幌町が保有する私の上記資料について、申出者に提供することに同意します。

被保険者 (本人) 署名 _____ 印 _____

(注) 記名・押印を署名に代えることができます。

遵守事項

1. 提供を受けた資料に係る本人情報又は親族情報を本人の介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営以外の目的に使用しないこと。
2. 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たり若しくは提供しないこと、又は親族情報を当該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たり若しくは提供しないこと。
3. 資料の提供を受けた第4条第4号、第5号又は第6号に規定する者の職員その他の従業者又は職員その他の従業者であった者が、前2号に掲げる行為を行わないよう必要な措置を講ずること。
4. 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等介護保険事業の適切な運営以外の目的で複製しないこと。
5. 資料の提供を受けた者は、提供を受けた資料の漏えい、改ざん、滅失又はき損その他の事故を防止するために必要な措置を講じなければならない。
6. 本人と居宅介護支援、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、介護予防サービス又は地域密着型介護予防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（複製したものを含む。）を本人に提供するか又は責任を持って廃棄すること。
7. 本人又は本町から提供資料の提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。

(注意事項)

- ・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。
- ・主治医意見書については、主治医の同意がないときは提供できません。