

第1号様式

(表)

要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

事業所名 _____ 印

請求者 事業所(請求者)住所 _____

事業所(請求者)電話番号 _____

氏名 _____

次のとおり情報提供の申請をします。

開示請求する個人情報	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 要介護等認定結果(提示のみ)
希望する開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧
必要とする理由又は利用目的	
管理責任者氏名	
管理方法	

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏名	
	住所(居所)	(郵便番号)
	連絡先の電話番号	

- 注 1 のある欄は、該当する□内にレ印を記入して下さい。
 2 請求する際には、身分を証する書類(介護支援専門員登録証又は介護サービス提供に係る契約書の写し、並びに事業者が発行する身分を称する書類)を提示してください。

※ 次の欄には記入しないで下さい。

事 務 処 理 欄	請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証 <input type="checkbox"/> 身分証明書	
	請求資格等確認	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 <input type="checkbox"/> 施設入所又は介護サービス提供に係る契約書の写し <input type="checkbox"/> 被保険者同意 <input type="checkbox"/> 主治医同意	
	所管課等	健康福祉課	受付印
	保有個人情報記録行政文書		
	備考		

(裏)

本人同意欄

私は、表面の情報提供に係る請求者が下記の者であることを証するとともに、酒々井町が保有する私の個人情報を請求者に提供することを同意します。

- 私と契約を締結した居宅介護（介護予防）支援事業者又は介護予防支援事業者から委託を受けた居宅介護支援事業者
- 私と契約を締結した居宅（介護予防）サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者又は介護保険施設

本人署名若しくは
記名及び捺印

遵守事項

資料の提供を受けた者は、次の事項を遵守してください。

- (1) 提供を受けた資料に係る本人の情報（以下「本人情報」という。）を適切な居宅（介護予防）サービス計画又は施設サービス計画（以下「介護サービス計画」という。）の作成及び良質な介護サービスを提供する目的以外には使用しない。
- (2) 提供を受けた資料及び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又は提供したりしないこと。
- (3) 提供を受けた資料及び本人情報をもとに作成した資料を紛失、破損等しないよう適正に管理すること。
- (4) 本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料及び本人情報をもとに作成した資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 本人との居宅介護（介護予防）支援、居宅（介護予防）サービス、地域密着型（介護予防）サービス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及び本人情報をもとに作成し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。）を町に返還するか又は、責任を持って廃棄すること。
- (6) 本人又は町から提供を受けた資料及び本人情報をもとに作成した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ること。

※ 資料の提供を受けた者が上記の遵守事項を遵守しなかった場合は、その者が所属する事業所に対しては以後の資料の提供を行わないものとします。