

介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書				
年 月 日				
桜川市長様				
介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報の提供を受けたいので、下記のとおり申請します。				
申請者	氏名 (事業者又は施設の名称)		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 法定代理人(成年後見人等)
	住所(所在地)			
提供を受けたい情報	氏名		被保険者番号	
	生年月日	T・S 年 月 日	性別	男・女
	住所	桜川市		
情報の種類	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項) <input type="checkbox"/> 認定審査会情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
被保険者同意欄	<p>私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、桜川市が保有する私の上記の情報について、申請者に提供することに同意します。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <input type="checkbox"/> 私の家族 ( )  <input type="checkbox"/> 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設  <input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設  <input type="checkbox"/> その他                     </div> <p>署名</p> <p>_____</p> <p>※本人が署名できない場合は、下記に代筆の理由等を記載してください。</p> <p>(代筆の理由) <input type="checkbox"/> 身体の故障 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>(代筆者) _____ (被保険者との関係 : _____)</p>			
備考	「被保険者同意欄」は、申請者が被保険者本人である場合は、記入の必要はありません。			

※郵送の場合には、返信用封筒に140円切手を貼り同封してください。

なお、料金不足の場合には受け取り人払いとさせていただきますのでご了承ください。

送付先 : 〒309-1292 桜川市岩瀬64番地2 桜川市役所岩瀬庁舎 介護保険課介護認定G

(遵守事項)

- (1) 提供を受けた情報は介護サービス計画、介護予防サービス計画、居宅サービス計画、施設サービス計画の作成及び計画の作成に付帯する事務の遂行を目的として使用し、他の目的に使用しないこと。
- (2) 被保険者に関する情報を被保険者本人の文書による同意を得ることなく被保険者以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (3) 被保険者の家族に関する情報を当該家族の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (4) 提供を受けた情報を(1)に掲げる目的以外の用途で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 提供を受けた情報(複写ないし複製したものを含む)を、紛失、漏えい、破損等の事故がないよう厳重に管理すること。  
万一事故が発生したときは、直ちに桜川市に連絡し、その指示に従うこと。
- (6) (1)に掲げる目的に係る被保険者との契約関係が終了した際には、速やかに当該被保険者に係る提供を受けた情報(複写ないし複製したものを含む)を責任をもって破棄すること。
- (7) 被保険者又は桜川市から、提供を受けた情報(複写ないし複製したものを含む)の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

(遵守事項に違反した場合の措置)

遵守事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことがあります。