

別記様式（第4条関係）

要介護認定情報提供申請書

年 月 日

（大崎町長 経由）曾於地区介護保険組合 管理者 殿

私は、下記の被保険者の要介護認定に関する資料を提供されるよう申請します。

なお、資料提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任において適正に管理することを約します。

申請者	(フリガナ) 氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人
	事業者・施設の名 称			<input type="checkbox"/> 親族 ( )
	事業者番号			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
				<input type="checkbox"/> 介護保険施設等
	住所・所在地	(〒 - ) 電話 ( ) -		<input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者等

被保険者	(フリガナ) 氏 名		被 保 険 者 番 号	
	生年月日	年 月 日		
	住 所	(〒 - )		

資料を必要とする被保険者の情報

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更
介護認定申請日	年 月 日
要介護認定日	年 月 日
介護度	要介護 1・2・3・4・5
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書

【本人同意欄】

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、曾於地区介護保険組合が保有する上記資料について、申請者に提供することに同意します。

- 契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設等・地域密着型サービス事業者等
- 契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設等・地域密着型サービス事業者等
- 親族 ( )

被保険者本人署名 \_\_\_\_\_

代理署名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

【保険者処理欄】

受領方法	提供日
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	年 月 日

(裏面)

## 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。）又は本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の介護サービス計画の作成以外の目的に使用することはありません。
- 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知らせ若しくは提供することはありません。
- 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に掲げた事項を遵守するよう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の作成以外の目的で複写又は複製することはありません。
- 5 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、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（複写又は複製したものを含む。）を本人に提出するか又は責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は曾於地区介護保険組合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、これに速やかに応じます。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、その後の資料提供が受けられなくなることがあります。