

要介護認定・要支援認定情報提供申出書

年 月 日

美浜町長 様

申出者 ㊦

住 所:

氏 名:

電話番号:

〔 法人その他の団体にあつては、
 主たる事務所の所在地、名称、
 代表者の氏名及び電話番号 〕

美浜町要介護認定・要支援認定情報提供制度運営要綱第4条の規定により、次のとおり要介護認定・要支援認定情報の提供を申し出ます。

併せて、同要綱第6条第2項及び第3項の規定により、同条第1項各号に掲げる事項を遵守する旨及び遵守するようにするために必要な措置を講じる旨を裏面記載のとおり約します。

申 被 出 認 に 定 係 者 る	(フリガナ) 氏 名		被保険者番号	
	住 所	㊦	(電話番号)	
	生 年 月 日	M・T・S 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

申 出 者	(フリガナ) 氏名又は名称			
	申 出 に 係 る 被 認 定 者 と 関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 家族又は親族 () <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所(事業所番号:) <input type="checkbox"/> 介 護 保 険 施 設 (事業所番号:) <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業者(事業所番号:) <input type="checkbox"/> 指定特定施設入所者生活介護事業者(事業所番号:) <input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所(事業所番号:)		

写 求 し め の 交 文 付 書 を	<input type="checkbox"/> 認 定 調 査 票	<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項		
	<input type="checkbox"/> 主 治 医 意 見 書			

申出に係る被認定者本人又はその法定代理人の同意

私は、当該申出者が下記の者であることを証するとともに、当該申出者に対する私の要介護認定・要支援認定情報の提供について同意します。

- 私の家族又は親族
- 私が居宅介護支援を受け、又は受けることを予定している指定居宅介護支援事業者
- 私が施設サービスを受け、又は受けることを予定している介護保険施設
- 私が認知症対応型共同生活介護サービスを受け、又は受けることを予定している指定認知症対応型共同生活介護事業者
- 私が特定施設入所者生活介護サービスを受け、又は受けることを予定している指定特定施設入所者生活介護事業者
- 私が小規模多機能型居宅介護サービスを受け、又は受けることを予定している指定小規模多機能型居宅介護事業所

申 出 に 係 る 被 認 定 者

本人又はその法定代理人

備考

- 1 には、レを記入すること。
- 2 不要の欄は、斜線を引くこと。

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

申出者の遵守事項

- 1 私は、要介護認定・要支援認定情報を介護サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
- 2 私は、要介護認定・要支援認定情報を介護サービス計画の作成の目的に使用する場合においても、当該情報を別途被認定者本人又はその法定代理人の同意がない限り私以外の者（被認定者本人又はその法定代理人を除く。）へは提供しません。
- 3 私は、要介護認定・要支援認定情報を介護サービス計画の作成の目的に使用する場合においても、美浜町長から交付を受けた認定調査票又は主治医意見書の写し（以下「提供資料」という。）の全部又は一部については、みだりに複写し、又は複製しません。
- 4 私は、提供資料並びにその複写物及び複製物をその紛失、滅失及び毀損がないように適切に管理します。
- 5 私は、被認定者本人若しくはその法定代理人又は美浜町長から提供資料を求められたときは、速やかに、これに応じます。
- 6 私は、介護サービス計画による介護サービスの提供が終了した場合、その他要介護認定・要支援認定情報を使用する必要がなくなった場合には、確実に、かつ、速やかに、提供資料並びにその複写物及び複製物を破棄します。
- 7 私は、要介護認定・要支援認定情報の取扱いに関して苦情があった場合には、適切、かつ、速やかに、対応します。
- 8 私は、美浜町長から要介護認定・要支援認定情報の取扱いに関して説明を求めら得た場合には、適切に、かつ、速やかに、対応します。
- 9 私は、美浜町長から提供資料の返還を求められた場合には、速やかにこれに応じます。
- 10 私は、前各号に掲げるもののほか、要介護認定・要支援認定情報について、その個人に関する情報の漏洩、滅失、及び毀損の防止その他の個人に関する情報の適切な管理のために必要な措置を講じます。
- 11 私（指定居宅介護支援事業者又は介護保健施設）は、その代表者、代理人、使用人その他の従業員及び私から要介護認定・要支援認定情報を取り扱う事務を受託するものに対し、1から10までの事項を遵守するために必要な措置を講じます。

申出者

備考 指定居宅介護支援事業者又は介護保健施設以外の者は、11について斜線を引くこと。