

様式第1号 (第4条関係)

大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

大鰐町長 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、大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱第4条第1項の規定により申請します。

申 請 者	氏名 (事業者(所)又は 施設名称) 代表者又は管理者	被 保 険 者 の 関 係	<input type="checkbox"/> 本人又は法定代理人
	閲覧者 (上記以外の場合)		<input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者(所) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所(所在地) 電話番号		電 話

被 保 険 者	氏 名	被保険者番号																
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女														
	住 所																	
申 請 事 由	1 介護 (介護予防) サービス計画を作成するため 2 適切な介護サービスを利用するため 3 介護保険施設入所手続きのため (施設名) 4 その他 ()																	
対 象 情 報	<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 <input type="checkbox"/> 認定結果に関する資料 <input type="checkbox"/> 調査に基づくコンピュータによる一次判定結果										<input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 写 し							

要介護認定・要支援認定申請書に情報開示に同意の旨の本人署名がある場合には、下記記入不要。

被 保 険 者 同 意 欄	私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、大鰐町が保有する私の上記情報について申請者に提供することに同意します。	
	<input type="checkbox"/> 私の家族	
	<input type="checkbox"/> 私の主治医	
	<input type="checkbox"/> 私と契約を締結した介護サービス提供事業者	
	<input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の介護サービス提供事業者	
	署 名	
	(代理人)	_____
	(被保険者との関係) _____

(裏 面)

(遵守事項)

- (1) 提供を受けた情報を申請事由以外の目的には使用しないこと。
- (2) 被保険者に関する情報を被保険者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。
- (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申請事由以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないように厳重に管理するとともに、事故があった場合は、直ちに大鰐町に連絡し、その指示に従うこと。
- (6) 被保険者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情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報（複写し、又は複製したものを含む。）を責任もって廃棄すること。
- (7) 被保険者又は大鰐町から提供を受けた情報の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)

町長は、情報の提供を受けた者が遵守事項に規定する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る。