

申請日： 年 月 日

糸満市長 殿

私は、次のとおり介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報が記載された資料の提供を求めます。なお、当該資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理します。遵守事項に違反した場合、今後資料提供が受けられなくても差し支えありません。

※自署以外の場合は押印必須

申請者	氏 名		事業者名称	
	連 絡 先	住 所： 電話番号：		
	本人との関係	1. 本人 2. 親族（ ） 3. 法定代理人 4. 居宅介護支援事業者 5. 介護予防支援事業者 6. 介護保険施設職員 7. 地域包括支援センター 8. その他の介護サービス事業者又は介護予防サービス事業者		
	情報開示の目的	1. 介護サービス計画作成 2. その他（ ）		

提供資料	被保険者氏名		被保険者番号											
	被 保 険 者 生 年 月 日	年 月 日												
	被 保 険 者 住 所													
	提供資料の種類	☐ 認定調査票(特記事項) ☐ 介護認定審査会資料(基本調査・1次判定結果及び2次判定結果等を含む) ☐ 主治医意見書 ※主治医意見書については、主治医の同意がなければ開示できません。また申請者が1, 2, 3の場合は、主治医との協議の結果、同意が得られない場合は開示できません。												
	提供資料の対象	年 月 日 認定分												
	資料提供の方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付												

【本人同意欄】 ※自署できない場合は、記名・押印してください。

※情報開示の目的が「1」の場合で要介護認定及び要支援認定を受けるための申請において情報を提供することに同意しており、かつ、居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書等において本人との契約関係が判別できる場合は下記への記載は不要です。

私は、上記の申請者が下記の者であることを証明するとともに、上記資料について、申請者に提供することに同意します。

- ☐ 私の親族（ ） 続柄：（ ） ☐ 法定代理人
- ☐ 私の居宅（介護予防）サービス計画依頼届出をした居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者
- ☐ 私と契約を締結又は締結予定の居宅サービス事業者又は介護保険施設
- ☐ その他（ ）

被保険者氏名  代筆者氏名  (続柄：)

※ これより下は記入しないでください。

窓口に来た人の身分確認	☐ 申請者本人	☐ 被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 運転免許証 ☐ 従業員証 ☐ マイナンバーカード ☐ 居宅介護支援専門員証 ☐ その他（ ）
	☐ 申請者以外の者(当該事業者・施設従業者) (氏名： 関係：)	

(裏面)

(提供対象者の遵守事項)

- (1) 本人の情報（以下「本人情報」という。）について、個人の権利利益の侵害を防止するとともに本人の基本的人権を尊重した上で慎重に取り扱うこと。
- (2) 本人情報又は本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を、介護サービス計画作成等以外の目的に使用しないこと。
- (3) 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又は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しないこと。
- (4) 提供対象者（本人又は本人の親族を除く。）の従業者又は従業者であった者に対して、第1号の遵守事項を徹底した上で、第2号及び第3号に掲げた行為を行わないよう必要な措置を講じること。
- (5) 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作成等以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- (6) 提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は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すること。
- (7) 本人とのサービスの提供にかか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場合には、速やかに当該資料（複写し、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安全かつ確実に破棄すること。
- (8) 本人又は糸満市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には、いつでもこれに応じること。
- (9) 前各号に定めるもののほか、業務に関して知り得た個人情報に関する情報をみだりに他に漏らさないこと。その職を退いた後も同様とする。

資料提供の可否	可	否	否となった理由
・ 認定調査票(特記事項)	☐	☐	☐ 主治医の同意がない
・ 介護認定審査会資料	☐	☐	☐ その他()
・ 主治医意見書	☐	☐	