

介護保険要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

上三川町長 様

下記の被保険者について、要介護認定等に係る情報の提供を申請します。
また、提供を受けた要介護認定等に係る情報については、裏面の遵守事項を厳守することを誓約します。

申請者	事業者(施設)名	
	所在地	
	代表者氏名	電話： - -
	担当者氏名	
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員(登録番号 第 号) <input type="checkbox"/> 左記以外の資格()	

	被保険者番号	氏名	提供申請する情報	備考
			(①結果通知書 ②認定情報 ③調査票 ④意見書)	
被 保 険 者			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	
			1 ①~④全部 2 その他()	

*受領時にご署名ください。郵送申請の場合は事前に氏名のみご署名ください。

上記資料を受領しました。 _____年 _____月 _____日 _____氏名
--

※閲覧による提供を希望する場合は、備考欄に「閲覧」と記入してください。

※要介護認定に係る情報の提供を複写により受ける場合の注意事項

- 1 申請の際は、申請書を事前にFAX等で送信してください。
- 2 申請書(原本)につきましては、情報提供を受ける当日に健康福祉課に提出してください。

(裏面)

遵守事項

- 1 提供を受けた要介護認定等に係る情報を、本人の介護サービス計画等作成以外の目的に使用しません。
- 2 提供を受けた要介護認定等に係る情報を、主治医を含む介護サービス計画等作成に係る関係者以外の者（本人を含む）に知らせ、又は提供しません。
- 3 サービス担当者会議に出席した介護サービス等の担当者が受けた要介護認定等に係る情報を他の者に知らせ、又は提供しないよう必要な措置を講じます。
- 4 提供を受けた要介護認定等に係る情報を厳重に管理します。
- 5 本人との居宅介護支援サービス等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要介護認定等に係る情報を所持する必要がなくなったときは、責任を持って速やかに当該要介護認定等に係る情報を適正に処理し、個人情報が漏れることがないように廃棄します。
- 6 上三川町から要介護認定等に係る情報の提示、提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

(注意) 上記に違反した場合、今後の情報提供が受けられなくなります。