別記様式（第４条関係）

**介護認定情報の提供に係る申請書**

年　　月　　日

矢　板　市　長　様

私は、介護保険の要介護認定等に関する情報について、下記のとおり提供されるよう申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、記載の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

記

〔申 請 者〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | (※)  　　　　　　　　　　　　　　※本人(代表者)が手書きしない場合は、**記名押印**してください。 | |
| 事業者又は  施設の名称 | ℡ | |
| 住　　　所 |  | |
| 被保険者  との関係 | □ 居宅介護(予防)支援事業者　　□ 介護保険施設  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |  |
| 利用目的 |  | |

〔遵守事項〕

１．私は、提供を受けた介護認定情報を、介護サービス計画等の作成以外の目的には使用しません。

２．私は、提供を受けた介護認定情報は、厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正に保管いたします。

３．私は、文書による矢板市の同意を得ることなく、提供を受けた介護認定情報（複写し、又は複製したものを含む。）を本人及び本人以外の者に知らせ、又は提供しません。

４．私は、居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約期間が終了したとき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、確実かつ速やかに当該介護認定情報（複写し、又は複製したものを含む。）を廃棄いたします。

５．私は、市から提供を受けた介護認定情報の提示、提出又は返還を求められたときには、いつでもこれに応じます。

(注）１　上記の遵守事項に違反した場合、今後の介護認定情報の提供を受けられなくなる場合があり

ます。

２　「主治医意見書」は、主治医が介護サービス計画等の作成に限り開示に同意したものであり、

被保険者本人に対する開示には同意しておりませんので、取扱いには細心の注意を払ってくださ

い。

（裏面へ続く）

〔本人（被保険者）の要介護認定等に係る情報提供資料〕

№１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 | ℡ | | |
| 請求資料 | □　認定調査票　　　　　□　主治医意見書 | | |

№2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 | ℡ | | |
| 請求資料 | □　認定調査票　　　　　□　主治医意見書 | | |

№3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 | ℡ | | |
| 請求資料 | □　認定調査票　　　　　□　主治医意見書 | | |

№4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 | ℡ | | |
| 請求資料 | □　認定調査票　　　　　□　主治医意見書 | | |

№5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 | ℡ | | |
| 請求資料 | □　認定調査票　　　　　□　主治医意見書 | | |