

要介護認定等の資料提供に係る申出書(本人同意書)

年 月 日

玉城町長 宛

下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

なお、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することを誓約します。

申 出 者	氏 名		被 保 険 者 と の 関 係	
	事業所又は施設の名称		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 居宅介護 (介護予防) 支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 (介護予防) サービス事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型 (地域密着型介護予防) サービス事業所	
	住 所 (所在地)		TEL	

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	性 別		生年月日	年 月 日 生
	住 所			
提 供 資 料		<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書		

【本人同意欄】

私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、玉城町が保有する私の上記資料について、申出者に提供することに同意します

- 私の親族 ()
- 私と契約を締結した居宅介護 (介護予防) 支援事業所、居宅介護 (介護予防) サービス事業者、介護保険施設又は、地域密着型 (地域密着型介護予防) サービス事業者等
- 私と契約を締結する予定の居宅介護 (介護予防) 支援事業者、居宅介護 (介護予防) サービス事業者、介護保険施設、又は地域密着型 (介護予防) サービス事業者等
- 私と契約を締結している介護予防支援事業者が委託契約を締結している居宅介護支援事業所
- その他 ()

本人署名

印

(裏 面)

【 遵 守 事 項 】

- 1 私は、提供を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という。)の情報(以下「本人情報」という。)又は被保険者の親族の情報(以下「親族情報」という。)を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画(以下「介護サービス計画」という。)の作成以外の目的には使用しません。

- 2 私は、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することはしません。

- 3 私は、私の従業者又は従業者であつた者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。

- 4 私は、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の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。

- 5 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、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、直ちに玉城町に連絡し、その指示に従い善処します。

- 6 私は、本人との居宅介護（介護予防）支援又は施設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資料を所持する必要がなくなったときは、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廃棄します。

- 7 私は、本人又は玉城町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は、いつでもこれに応じます。

(注意)

上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。