

# 要介護認定等の資料提供に係る申出書

年 月 日

松前町長 様

私は、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約します。

申出者 (窓口に来られた方)	ふりがな									生 年 月 日	年 月 日							
	氏 名																	
	住 所											連絡先	—					
	被保険者との関係 ※ 該当する□に「レ」印を記入してください。	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		<input type="checkbox"/> 親族 ( )			<input type="checkbox"/> 法定代理人 ( )			<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者			<input type="checkbox"/> 介護保険施設			<input type="checkbox"/> 指定特定施設入居者生活介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業所		<input type="checkbox"/> 松前町在宅介護支援センター															
	(事業所の名称)																	
	(所在地)																	
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0													
	ふりがな									性別	男 ・ 女							
	氏 名										生 年 月 日							
	住 所									年 月 日								
提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査)				<input type="checkbox"/> 主治医意見書													
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)				<input type="checkbox"/> 認定審査会記録													

[ 本人同意欄 ]

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、松前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。

- |   |  |
|---|--|
| □ | 私と契約を締結した<br>指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・指定特定施設入居者生活介護事業者・指定地域密着型サービス事業者    |
| □ | 私と契約を締結する予定の<br>指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・指定特定施設入居者生活介護事業者・指定地域密着型サービス事業者 |
| □ | 松前町在宅介護支援センター事業実施要綱第3条の規定により松前町から委託を受けた在宅介護支援センター                  |
| □ | 私の親族 ( )   |
| □ | 法定代理人 ( )  |

本人署名

# 遵 守 事 項

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

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。）を本人の介護サービス計画の作成又は介護サービスの提供以外の目的に使用しません。
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ありません。
3. 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した事項を遵守する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又は介護サービスの提供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、紛失し、又は破損しないように適正に保管するとともに、提供を受けた資料を紛失し、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します。
6. 私は、本人との居宅介護支援又は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資料を所持する必要なくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を本人に提出し、又は 責任を持って廃棄します。
7. 私は、本人又は松前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。

## 【松前町処理欄】

申出者確認			確認者
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	
<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 社員証	
<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他（                      ）	