

甲府市介護保険情報提供申請書(本人同意書)

令和 年 月 日

(あて先)甲府市長

(申請者)

氏名	印 <small>申請者の印を朱肉で押印</small>	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
事業所・施設の名	<small>本人及び親族は記入不要</small>		<input type="checkbox"/> 親族 続柄()
電話番号			<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者
住所(所在地)	(〒)		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
			<input type="checkbox"/> 介護保険施設

私は、甲府市介護保険情報取扱要綱第4の規定により、次のとおり情報の提供を申請します。
なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

被保険者	氏名	被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	
	住所		

提供資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	対象情報	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 年 月 日)
	<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"/> 認定済 (認定日 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 一次判定結果 (※)		
	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事要録 (※)		
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画・介護予防サービス計画作成のため (※印の情報は提供できません)		
	<input type="checkbox"/> その他()		

◎介護保険利用の以外の目的で情報提供することはできません。

[本人同意欄] (本人が申請する場合は以下の欄は記入不要)

私は、上記の申請者が下記のものであることを証するとともに、当該申請者に上記の情報を提供することに同意します。

<input type="checkbox"/> 私と契約を締結した介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者又は介護保険施設
<input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者又は介護保険施設
<input type="checkbox"/> 私の親族

本人署名

代筆の場合は記名

代筆者氏名

(本人との関係)

代筆理由

本人及び親族は記入不要

[裏面]

遵守事項

私(介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者又は介護保険施設)は、情報の提供を受けた際は次の遵守事項を守ることを約束します。

- 1 私は、提供を受けた情報及び当該情報が表記された資料(以下「資料等」と言う。)に係る本人(以下「本人」と言う。)の情報又は本人の親族(以下「親族」と言う。)の情報を、本人の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
- 2 私は、提供を受けた資料等を本人、親族、その他の者に知らせ若しくは提供しません。
- 3 私は、私の職員その他の従業者、又は職員その他の従業者であった者が、上記1及び2の事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、提供を受けた資料等を介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的で複写又は複製しません。
- 5 私は、提供を受けた資料等を厳重に管理し、紛失、破損、漏洩しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料等を紛失又は破損した場合は、直ちに市長に連絡し、その指示に従い善処します。
- 6 私は、本人との介護サービス、介護予防サービス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等を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料等(複写又は複製したものを含む。)を責任をもって破棄します。
- 7 私は、市長から資料等の提示若しくは返還が求められたときは、これに速やかに応じます。
- 8 私は、その他、資料等の提供に際し、市長が別に指示する留意事項を遵守します。