

# 要介護認定等情報提供申出書

令和 年 月 日

森 町 長 様

次のとおり介護保険の介護認定等に係る情報が記載された資料について、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、下記の「情報提供を受けた者の遵守事項」を守り、私の責任で資料を適正に管理することを確約します。

申出者	法人名称及び代表者の氏名			来所者の役職・氏名
	事務所の所在地	〒	TEL	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )

被保険者	被保険者番号										
	氏名						生年月日	年	月	日	
							性別	男 ・ 女			
住所	森町字					TEL					
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 ( <input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項 ) <input type="checkbox"/> 主治医意見書										

被保険者同意	居宅（介護予防・施設）サービスの計画作成を目的とした情報提供申出の場合										
	居宅（介護予防）サービス計画依頼（変更）届出の際の被保険者の情報提供同意の有無										
	<input type="checkbox"/> 同意あり（届出年月日 年 月 日） ※以下、記入不要 <input type="checkbox"/> 同意なし ※以下にて同意が必要 私は、上記の申出者に対し「提供資料」欄に掲げる資料の写しを提供することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者本人等の署名または記名押印										

## 情報提供を受けた者の遵守事項

- 私は、提供を受けた情報を、当該情報に係る被保険者の居宅サービス計画・介護予防サービス計画または施設サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
- 私は、提供を受けた情報を、当該情報に係る被保険者および当該被保険者の介護に関わっている家族の同意を得ることなく他の者へ漏らしません。
- 私は、提供を受けた情報に係る漏えいおよび改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講じます。

— 以下は記入しないでください —

【来所者確認方法】	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証等 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 認定結果通知書	担当	收受
	<input type="checkbox"/> その他身分証明書 ( )		