|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　要介護・要支援認定情報提供申請書  令和　　年　　月　　日  　南 部 町 長　　殿  　私は、下記の被保険者の要介護・要支援認定に関する資料を提供されるよう申請します。  　　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、私の責任において適正に管理することを約束します。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請者 | （フリガナ）  氏　　　名 | 印 | 本人との関係 | □被保険者本人  □親族  □居宅介護支援事業者  □介護保険施設  □地域包括支援ｾﾝﾀｰ | | 事業者・施設の名称 |  | | 事業所番号 |  | | 住所・所在地 | 〒  電話番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者 | （フリガナ）  氏　　　名 |  | 被保険者番号 | |  | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 性　　別 | | □　男　　□　女 | | 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |  |  |  | | --- | --- | | 提供資料 | * **認定調査票（概況調査。ただし調査実施者が特定される部分を除く。）** * **認定調査票（基本調査）** * **認定調査票（特記事項）** * **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、南部町が保有する上記資料を申請者に提供することに同意します。    **□　私と契約を締結した居宅介護(介護予防)支援事業者・介護保険施設**  **□　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・介護保険施設**  **□　地域包括支援センター**  **□　私の親族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  被保険者本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|

　遵　　守　　事　　項

１　私は、情報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。）及び本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用することはしません。

２　私は、本人情報を本人の文書による情報を得ることなく本人以外の者に知らせ若しくは提供し、または親族情報を本人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った者が、上記の１及び２に掲げ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することはしません。

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、居宅介護予防支援又は施設サービスの提供に係る契約関係終了した場合その他提供受けた資料を所持する必要が無くなったときは、速やかに当該資料（複製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、本人又は南部町からの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、これに速やかに応じます。

（注意）上記の遵守事項に違反した場合、その後の資料の提供が受けられなくなることがあります。

（裏面）