様式

**要介護認定等の資料提供に係る申出書**

　　年　　月　　日

松野町長　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 | 電話番号（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　 |
| 被保険者との関係※　該当する□に、☑（チェック）　してください。 | □　被保険者本人 | □　介護保険施設 | □　親族(　　　　) |
| □　指定居宅介護支援事業者 | □　法定代理人 |
| □ 地域包括支援センター  | □ 居宅サービス等事業所 |
| （事業者の名称）（所在地） |
| 申出者の確認等 | □　身分証明書 | □　運転免許証 | □ その他(　　　) |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 提供資料 | □　認定審査会記録（市町村控）　【□閲覧　□写し】□　主治医意見書　　　　　　　　【□閲覧　□写し】□　認定調査票（特記事項）　　　【□閲覧　□写し】 |

……………………………………………………………………………………………………………

【本人同意欄】

　　私は、松野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。

□　私と契約または契約を予定している地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設・居宅サービス等事業者の従業者

□　私の親族　（　　　　　　　　　　　　　）

□　法定代理人（　　　　　　　　　　　　　）

本人氏名

 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。）を本人の介護サービス計画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（複写し、又は複製したものを含む。）を整備しておくとともに、２年間保存します。７　私は、本人又は松野町から提供資料の提示又は提出若しくは返還請求を求められたときは、いつでもこれに応じます。 |

（注）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。