

受付番号

--

小樽市要介護認定にかかる資料提供申出書

小樽市長 様

年 月 日

私は、介護サービス計画又は介護予防サービス計画・在宅個別計画の作成に当たり参考にするため、下記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誓約します。

申出者	氏名	印	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者・施設名称			<input type="checkbox"/> 親族 ()
	代表者名			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	住所 (所在地)	〒		<input type="checkbox"/> 介護保険施設
				<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者
				<input type="checkbox"/> 主治医
				<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
				電話 ()

被保険者	氏名			被保険者番号	
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男 女
	住所	〒			

提供資料	<input type="checkbox"/> 一次・二次判定結果・認定調査票 (基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項・概況調査) <input type="checkbox"/> 主治医意見書
------	--

本人同意欄

(※ 要介護認定・要支援認定等申請書において、本人の同意 (本人署名) が得られているときは、当該欄は記載不要)

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、小樽市が保有する私の上記資料について申請者に提供することを同意します。

- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設
- 私と契約を締結した地域包括支援センター
- 私と契約を締結する予定の地域包括支援センター
- 主治医
- 私の親族 ()
- その他 ()

本人署名 _____

介護保険課 確認欄	確認日	確認者	確認事項
	/		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 主治医

【 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。）また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又は介護予防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もしくは提供し、また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もしくは提供することをしません。
3. 私は、私の従業者または従業者であった者が、上記の1および2に記した行為を行わない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目的以外で複写し、または複製しません。
5. 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失または破損した場合は、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（介護予防）支援または施設サービスの提供に係る計画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がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、または複製したものを含む。）を本人に提出するかまたは責任を持って廃棄します。
7. 私は、本人または小樽市からの提供資料の提示も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。

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。