

本人や親族からの申請の場合は、事業者・施設名称、代表者名は空欄となります。
 居宅介護支援事業者等の事業所の場合は、担当者名を氏名欄に御記入願います。
 主治医への提供の場合は、主治医が申出者である必要があります。(事業者・施設名称に病院名を記載願います。代表者名は不要。)

記載例

令和●●年●●月●●日

参考にするため、下記

資料について
 なお、資
 ます。

し出ます。

た際は裏面記載の遵守事項を守

裏面の遵守事項の印字がないものは無効となりますので、必ず両面が印刷され、遵守事項が洩れなく印字されたものを提出してください。

申出者	事業者・施設名称	居宅介護支援事業所 ●●	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	代表者名	管理者 ●● ●●		<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	住所 (所在地)	〒●●●●-●●●● 北海道小樽市■●○丁目○番○号 電話 ●●●● (●●) ●●●●		
			<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	

被保険者	氏名	小樽 太郎		被保険者番号	0000123456
	生年月日	明治 大正 昭和	●●年●●月●●日	性別	男 女
	住所	〒●●●●-●●●● 北海道小樽市■●○丁目○番○号			

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

本人同意欄

(※ 要介護認定・要支援認定)

私は、上記の申請者が下
 申請者に提供することを同意します。

介護保険による施設入所に伴い資料が必要な場合は、契約予定の介護保険施設からの申出により、当該介護保険施設へ直接資料提供することも可能です。

- 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 ()

御家族が資料提供を受ける場合は、資料提供を受ける御家族の氏名を記入してください。(この場合、原則として申出者も資料提供者と同一の方としてください。)

本人署名 小樽 太郎

自署の場合は押印不要です。
 代筆の場合は本人の承諾を得たうえで被保険者本人の記名と押印をしてください。

【 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。

遵守事項の印字がない申出書は無効となります。
また、遵守事項について、当該様式と異なる内容に改ざんすることは認められません。