様式(第4条関係)

要介護認定等の資料提供に係る申出書

中新川広域行政事務組合　管理者　あて

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。

申請年月日	年　　月　　日

申請者	氏　　名 (申請者)		本人との関係	(該当項目に☑) ☐ 本人・親族（　　） ☐ 地域包括支援センター・介護予防支援事業者 ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業者 ☐ 認知症対応型共同生活事業者 ☐ 特定施設入所者生活介護事業者 ☐ 介護保険施設 ☐ その他(　　)
	事業者・施設名称			
	住　　所 (所在地)	〒　　―		
	電話番号 ファックス番号	(　　) (　　)		

被保険者	被保険者番号		生年月日	大・昭・平 年　月　日
	フリガナ		住所　〒　　―	
	氏　　名	(男・女)		
	要介護認定日 (交付年月日)	年　月　日　認定	※認定日の翌週より受付可能で、即日に発行します。事前の受付はできません。	

提出資料 (該当項目に☑)	☐ 認定調査結果出力票(概況調査、基本調査及び特記事項) ☐ 主治医意見書の写し(介護サービス計画作成のための主治医同意がある場合のみ)
	☐ 郵送を希望する（申請時に以下のものを提出してください） ①申請者本人の社員証等写し　②110円分の切手を貼った返信用封筒

※申請時に契約締結前で届出が提出できない場合は、契約を証明する書類の写しを提出してください。

本人同意欄
私は、上記の申請者が「本人との関係」欄に記載した者であることを証するとともに、中新川広域行政事務組合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に同意します。 本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (署名できないときは本人同意を得て、代筆者が本人署名欄を記入の上、代筆者欄も必ずご記入ください。) 代筆者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との続柄＿＿＿＿ 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(裏面の遵守事項を必ずお読みください。)

受領書（資料の受領時に記入してください）

受領日　　／	事業所名		受領者氏名	

(※郵送の場合のみ記入　→　被保険者番号＿＿＿＿＿＿　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。」)を介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメント、居宅サービス計画、施設サービス計画、特定施設サービス計画、介護予防特定サービス計画、認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画、地域密着型特定施設サービス計画又は地域密着型施設サービス計画(以下「介護サービス計画等」という。)の作成等介護保険事業運営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章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に記した行為を守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等介護保険事業運営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、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、本人との介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、居宅介護支援、施設サービス、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入所者生活介護又は地域密着型介護老人福祉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、又は複製したものを含む。)を責任を持って廃棄します。

7　私は、本人又は中新川広域行政事務組合から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には、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。