要介護認定等情報提供申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大崎市長　様

　大崎市介護保険要介護認定等に係る情報の開示等を定める要綱第５条第２項の規定により，下記被保険者の要介護認定等に係る情報が記載された資料の情報提供を求めます。なお，資料の情報提供を受けた際は，下記の順守事項を守り，適正に管理・処分することを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　出　者 | 事業者又は施設 | 名　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地 | 　電話番号　　　　－　　－　 |
| 申出者名（担当者名） |  |
| 区　分 | □居宅介護支援事業者　　□介護予防支援事業者　　　□介護保険施設　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 遵守事項 | １　提供を受けた資料に係る情報は，本人の介護サービス計画作成等以外の目的に使用しないこと。２　提供を受けた資料に係る情報は，本人の介護サービス計画作成等に係わる関係人以外の者へ漏らさないこと。３　提供を受けた情報に係る漏えい及び改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講ずること。４　本人と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すること。 |
| 被保険者 | ふりがな氏　　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  |
| 提供を求める資　　　　料 | □認定調査票（概況調査）　□認定調査票（特記事項）□　一次判定結果票　　　　□主治医意見書【主治医の同意がない場合は開示できません】 |
| 提供の方法 | □写しの交付　　　　　□閲覧　　　　　□閲覧及び写しの交付 |
| 被保険者の同意 | 私は上記の申出者に対し，「提供を求める資料」欄に掲げる資料の写しを提供することに同意します。　　　　　　　　本人（法定代理人）の署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【大崎市処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の本人確認 | 事業者の従業員であることの確認 |
| □運転免許証　　□その他顔写真付証明書（　　　　　　　　　　　　　）□顔写真付なし証明書2種（　　　　　　　　　　　　） | □従業員証　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 申請者と本人の関係確認 |
| □サービス計画届出（済・同時）（　　　年　　　月　　　日）□契約書　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 結果通知日：　　　　年　　　月　　　日 | 主治医同意確認：　　　　年　　　月　　　日 | 介護度： |
| 調定番号： | 提供枚数：　　　枚（受領者：　　　　　　　　　） | 担当者： |