

要介護認定等に係る情報提供申請書

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

申請日 年 月 日

私は、貴広域連合の所有する下記の介護保険被保険者に係る要介護認定等の情報について提供していただきたく申請いたします。

なお、提供を受けた場合は、鈴鹿亀山地区広域連合介護保険の要介護認定等に係る情報提供に関する要綱第6条の規定を遵守することを誓約いたします。

| | | | |
|---|---|---|--|
| 申請者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成者 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 氏名 | | 連絡先 電話番号 | () |
| 事業者名 | | 所在地 | 〒 - |
| 情報提供に係る被保険者及び資料 (本人同意欄への記載を要しない場合、別紙1によることも可) | | | |
| 被保険者 氏名 | 被保険者証 | | |
| | 生年月日 | 明, 大, 昭 | 年 月 日 |
| 希望する 資料と 提供方法 | 1. 認定調査票 | | |
| | <input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写 しの交付 | <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写 しの交付 | <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写 しの交付 |
| | 2. <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | 3. <input type="checkbox"/> 要介護認定等結果 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 |
| 利用目的 | <input type="checkbox"/> 介護サービス計画 <input type="checkbox"/> 認定結果に係る不服申立 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| ↑該当する□に✓を入れてください。 | | | |

※ 要介護認定等の申請時において情報提供に係る本人等の同意がなされていない場合

情報提供に係る本人同意欄

私は、鈴鹿亀山地区広域連合が上記の申請者に対し、私に係る要介護認定等の情報を提供することに同意します。

1. 私と申請者との関係

- 私が契約した、または契約を予定している居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域包括支援センター
- 私の親族 (続柄)
- その他 ()

2. 提供に同意できる資料 (同意できない資料は線で消し、押印してください。)

認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項) 主治医意見書 要介護認定等結果

本人署名 _____ (印)

《本人が署名できない場合の代理人》

本人が署名できない理由 ()
 本人と代理人との関係 () 代理人の電話番号 (- -)
 代理人の住所 ()

代理人署名 _____ (印)

(裏面)

鈴鹿亀山地区広域連合介護保険の要介護認定等
に係る情報提供に関する要綱 (抜粋)

(提供を受けた者の遵守事項)

第6条 情報の提供を受けた者は、次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 提供を受けた本人の情報 (以下「本人情報」という。) 又は本人の親族の情報 (以下「親族情報」という。) を本人の介護サービス計画の作成, 要介護認定等の結果に対する不服申立, その他本人情報を利用する合理的な理由を有すること以外の目的に使用しないこと。
- (2) 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, 又は親族情報を本人の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しないこと。
- (3) 情報の提供を受けた者 (第3条第4号から第6号に該当する場合に限る。) の職員又は職員であった者が, 前2号の行為を行わないよう必要な措置を講ずること。
- (4) 提供を受けた情報を厳重に管理し, 適正な保管に努めること。
- (5) 本人との居宅介護 (介護予防) サービス又は施設サービスの提供若しくは地域包括支援センターの利用 (以下「サービス提供等」という。) に係る契約関係が終了した場合その他サービス提供等に係る情報が必要でなくなったときは, 速やかに責任を持って廃棄すること。

参 考

第3条第4号から第6号に該当する「情報の提供を受けた者」

第4号 本人と居宅介護支援の提供に係る契約を締結し, 又は締結を予定している居宅介護支援事業者

第5号 本人と施設サービスの提供に係る契約を締結し, 又は締結を予定している介護保険施設

第6号 本人と利用契約を締結し, 又は締結を予定している地域包括支援センター

窓口にて即時提供

受領者

預かり 後日提供

年 月 日 受領者

郵送・包括便

別紙 1

| 情報提供に係る被保険者及び資料（該当する□に✓を入れてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | | | | | | 希望する資料と提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 認定調査票 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 概況調査 | <input type="checkbox"/> 基本調査 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | | | | | | 2 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明, 大, 昭 | | | | | | | | | | 3 <input type="checkbox"/> 要介護認定等結果 | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | | | | | | 希望する資料と提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 認定調査票 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 概況調査 | <input type="checkbox"/> 基本調査 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | | | | | | 2 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明, 大, 昭 | | | | | | | | | | 3 <input type="checkbox"/> 要介護認定等結果 | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | | | | | | 希望する資料と提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 認定調査票 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 概況調査 | <input type="checkbox"/> 基本調査 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | | | | | | 2 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明, 大, 昭 | | | | | | | | | | 3 <input type="checkbox"/> 要介護認定等結果 | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | | | | | | 希望する資料と提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 認定調査票 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 概況調査 | <input type="checkbox"/> 基本調査 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | | | | | | 2 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明, 大, 昭 | | | | | | | | | | 3 <input type="checkbox"/> 要介護認定等結果 | | | | | | | | |