

様式第1号(第4条関係)

介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書

令和 年 月 日

行方市長 様

介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報の提供を受けたいので、行方市介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要項第4条第1項の規定により申請します。

申請者	事業者番号									
	氏名 (事業者又は施設の名称)									
	住所(所在地)	〒								
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院								

被保険者	被保険者番号									生年月日	年 月 日生 (歳)
	フリガナ										
	氏名									性別	
	住所	〒									
	提供を受けようとする情報の種類	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) () <input type="checkbox"/> 主治医意見書									

※ 介護サービスに係る個人情報の使用に同意する旨の被保険者の署名がある書類を添えている場合は、記入不要です。

被保険者同意欄	私は、申請者が下記のものであることを証するとともに、行方市が保有する私の上記情報について申請者に提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 私の家族 <input type="checkbox"/> 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設 <input type="checkbox"/> 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 署名 _____ (代理人) _____ (被保険者との関係)
---------	---

備考	
----	--

(遵守事項)

- (1) 提供を受けた情報を介護サービス計画の作成以外の目的に使用しないこと。
- (2) 被保険者に関する情報を被保険者の文書による同意を得ることなく被保険者以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (3) 被保険者の家族に関する情報を当該家族の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (4) 提供を受けた情報を、介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないように厳重に管理すること。
- (6) 被保険者との居宅介護支援又は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情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報(複写し、又は複製したものを含む。)を責任をもって廃棄すること。
- (7) 被保険者又は行方市から、提供を受けた情報の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じる。

(遵守事項に違反した場合の措置)

- (1) 遵守事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことがある。
- (2) 居宅介護支援事業者又は介護保険施設が遵守事項に違反したときは、介護保険法(平成9年法律第123号)第84条第2項、第92条第2項、第103条第2項又は第114条第2項の規定により、茨城県知事に通知することができる。