様式第１号（第４条関係）

要介護・要支援認定等の情報提供に係る申出書

年　　月　　日

　　平戸市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（事業者名称）　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　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情報の提供を申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  | | |
| ２ | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  | | |
| ３ | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  | | |
| ４ | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  | | |
| ５ | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  | | |

なお、情報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。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 提供資料 | * 認定調査票（現況・基本調査） * 認定調査票（特記事項） * 主治医意見書 |
| 本人との関係 | □　本人　　□　親族　　□　成年被後見人の法定代理人  □　居宅介護支援事業者　　□　介護予防支援事業者  □　介護保険施設　□　認知症対応型共同生活介護事業者  □　小規模多機能型居宅介護事業者　　□　その他（　　　　　　　　） |

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 遵守事項 |  |
|  | |
| （申請者が介護サービス提供事業者の場合）  　(1) 私は、この申請により提供された資料（以下「資料」という。）により知り得た情報（以下「情報」という。）を本人の介護サービス計画作成以外の目的に使用しません。  　(2) 私は、資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。  　(3) 私は、情報が第三者へ流出しないよう必要な措置を講じます。  　(4) 私は、資料を厳重に管理し、紛失及び破損しないよう適正な保管に努めるとともに、資料を紛失又は破損した場合は、直ちに、本人及び市長に連絡し、その指示に従います。  　(5) 私は、本人との居宅介護支援、施設サービス、地域密着型サービス、介護予防支援、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの提供に係る契約関係が終了した場合その他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。）を廃棄します。 | |

（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。