

## 要介護認定等の資料提供に係る申請書(本人同意書)

年 月 日

砺波地方介護保険組合 理事長 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、提供されるよう申請します。  
 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。

申請者	事業者・施設名															
	代表者職・氏名	印														
	担当者氏名															
	住所 (所在地)	電話番号 (      )      -														
	本人(被保険者)との関係	(該当する項目に○をつけてください) ・介護予防支援事業者、地域包括支援センター ・居宅介護支援事業者 ・介護保険施設 ・地域密着型サービス事業者等 ・その他 (                      )														
被保険者	氏名					被保険者番号										
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男 ・ 女									
	住所															
提供資料	(該当する項目に○をつけてください) ・認定調査結果(概況調査・基本調査) ・認定調査結果(特記事項) ・主治医意見書										*必要な資料の認定有効開始日 _____年 _____月 _____日					

### 【本人同意書】

私は、上記の申請書が下記の者であることを証するとともに、砺波地方介護保険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。

(該当する項目に○をつけてください)

- ・私と契約を締結した介護予防支援事業者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業所等
- ・私と契約を締結する予定の介護予防支援事業者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業所等

本人(被保険者)署名 \_\_\_\_\_ 又は代理者署名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_ )

## 【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。)又は被保険者の親族の情報(以下「親族情報」という。)を本人の介護予防サービス計画、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、介護予防特定施設サービス計画、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、地域密着型施設サービス計画又は介護予防ケアマネジメント(以下「介護サービス計画」という。)の作成等介護保険事業の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することはありません。
3. 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の計画の作成等介護保険事業の運営以外の目的で複写し、又は複製しません。
4. 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供をうけた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
5. 私は、本人との介護予防支援、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居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設サービス又は介護予防ケアマネジメント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(複写又は複製したものを含む。)を本人に提出するか又は責任を持って廃棄します。
6. 私は、本人又は砺波地方介護保険組合から提供資料の提示又は返還を求められたときは、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。