第２号様式（第５条関係）

　　　年　　月　　日

富津市長　様

富津市介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書（事業者等用）

（申請者）法人名(医師名)

事業所の所在地

事業所名

電話番号

交付を受ける者の氏名

次の被保険者の介護保険認定調査票等の情報提供を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 被保険者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 住所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 判定年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請欄 | 請求する被保険者の資料 | □１　一次判定及び二次判定結果  □２　認定調査票（特記事項）  □３　主治医意見書  □４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 被保険者  との関係 |  |
| 区分 | １　窓口交付　　　　２　郵送交付　　　　３　閲覧 |
| 【本人同意欄】※本人が同意又は本人が市に対して提出した居宅サービス計画作成依頼届出書等に記載された事業者等については、利用契約書等の書類を省略することができます。  ※情報提供について、要介護認定等の申請時に本人が同意している場合は不要です。  私は、上記申請者を代理人として定め、富津市介護保険認定調査票等の情報提供に係る申請及び資料の受理に関することについて委任します。  本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）  代筆者氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　） （本人氏名欄を代筆した場合） | |

事務処理欄（この欄には記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 | ①【本人確認】□免許証　　□身分証明証　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  ②【従業員確認】□従業員証　□身分証明証　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  ③【関係確認】□サービス計画作成依頼届出　□契約書　□その他（　　　　　　　　　） |
| 処理欄 |  |

|  |
| --- |
| 情報提供資料の取扱いに関する遵守事項  　　　私は、次に掲げる事項を遵守することについて、同意します。  　□　１　本人の情報について、個人の権利利益の侵害を防止するとともに本人の基本的人権を尊重した上で慎重に取り扱います。  　□　２　本人の情報及び本人の親族の情報（以下「親族情報」といいます。）を介護サービス計画作成等以外の目的に使用しないこと。  　□　３　本人の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又は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、若しくは提供しません。  　□　４　本人の同意を得ることなく、提供を受けた本人情報を介護サービス計画作成等以外の目的で複写し、又は複製しません。  　□　５　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、提供を受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うよう努めます。  　□　６　本人との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資料を所持する必要がなくなった場合は、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を本人に提出し、又は責任をもって安全かつ確実に廃棄します。  　□　７　提供を受けた資料について、本人又は市長から提示若しくは提出又は返還を求められたときは、速やかに応じます。  □　８　要介護認定等資料の提供を受けた事業者の職員、従事者又は従業員であった者が、上記１から７までに定める行為を行わないよう、必要な措置を講じます。  　□　９　上記各項目に定めるもののほか、業務に関して知り得た本人情報をみだりに漏らしません。また、職を退いた後も同様とします。 |