様式第１号(第５条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書

年　　月　　日

　四国中央市長　　様

住　　所

氏　　名

電話番号

本人との関係　（　　　　　　　　　）

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |
| 　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 提供を受けようとする情報 | □認定調査票　　　□主治医意見書□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 利用目的及び理由 | □要介護・要支援認定の確認　□その他（　　　　　　　） |
| 提供の方法 | □写しの交付　　　　　　　　□閲覧 |
| 利用期間 | 認定の有効期間の満了までとする |

　私は、四国中央市が保有する私の資料について、請求者に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人同意欄 | 氏名 |  | 代筆者 | 氏名本人との関係（　　　　　　　　　　　） |

　注　請求者が本人の場合は、記載は不要です。

遵守事項

１　提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。

２　提供を受けた情報は、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たり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。

３　提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。

４　市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 請求者確認 | 情報提供年月日 | 受付印 |
| □運転免許証　□マイナンバーカード□保険証　□その他（　　） | □交付（　　　　　　　）□発送（　　　　　　　） |  |

様式第２号(第５条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書（事業者等用）

　　年　　月　　日

　四国中央市長　　様

住所

　　　　　 事業所名

　　　　　 代表者氏名

電話番号

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の氏名等 | 別紙　認定情報提供等対象者名簿のとおり |
| 利用目的 | □介護サービス計画等の作成□介護老人福祉施設等の入所判定 |
| 提供の方法 | □写しの交付　　　　　　　　□閲覧 |

【上記以外の場合】

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の氏名等 |  |
| 提供を受けようとする情報 | □認定調査票　□主治医意見書　□その他（　　　　　） |
| 利用目的 | □介護サービス計画等の作成□介護老人福祉施設等の入所判定 |
| 提供の方法 | □写しの交付　　　　　　　　□閲覧 |

　私は、四国中央市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人同意欄 | 氏名 |  | 代筆者 | 氏名本人との関係（　　　　　　　　　　　） |

遵守事項

１　提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。

２　提供を受けた情報は、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たり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。

３　提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。

４　提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。

５　市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 請求者確認 | 情報提供年月日 | 受付印 |
| □運転免許証　□マイナンバーカード□介護支援専門員証　□その他（　　） | □交付（　　　　　　　）□発送（　　　　　　　） |  |

別紙

認定情報提供等対象者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 生年月日 | 認定調査票 | 主治医意見書 | その他 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |