

様式第2号(第5条関係) **介護老人保健施設等 記入例**

要介護認定等に係る情報提供請求書 (事業者等用)

必ず記載 日付を二重線で消さない

〇年〇月〇日

四国中央市長 様

住所 四国中央市三島宮川 4-6-55

事業所名 四国老人ホーム

代表者氏名 管理者 四国 一郎 (署名または押印)

電話番号 0896-28-1111

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】 (記入する必要はありません)~~

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	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】 (氏名・被保険者番号・生年月日記入)

被保険者の氏名等	四国中央 花子 9900000009 S2.2.2
提供を受けようとする情報	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 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	四国中央 花子 (本人記載できない場合 氏名の横に押印)	代筆者	氏名 四国中央 一郎 本人との関係 (長男)
-------	----	------------------------------------	-----	-----------------------------

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
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 交付 (〇/〇) <input type="checkbox"/> 発送 ()	日付印