別記様式（第４条関係）

認定調査結果等の提供申請書

年　　月　　日

川根本町長　　様

私は、介護保険の被保険者に係る認定調査結果等の提供を申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、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束します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | 電話番号 | |  |
| 事業者・施設名称  主治医医療機関名 |  | | | |
| 被保険者との関係 | □ 本人  □ 親族（　　　　　　　　　）  □ 居宅介護支援事業者  □ 介護保険施設  □ (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者  □ (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者 | | □ 介護予防支援事業者  □ 地域包括支援センター  □ (介護予防)特定施設入居者生活介護事業者  □ 主治医等  □ その他（　　　　　　　　　　） | |

（注意）申請者を証する書類を提示し、又は添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | 被保険者番号 | | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　生 | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 提供資料 | | □ 認定調査結果  □ 主治医意見書 | | □ 一次判定結果  □ 受給者台帳（閲覧のみ） | | | | | | | | | | |
| 提供方法 | | □ 閲覧 | | □ 複写紙面 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 【本人同意欄】  私は、川根本町が保有する私の上記資料について、介護サービス計画等の作成を目的とした利用に限り、上記申請者に提供することに同意します。   * 同意されるときは、下記の「被保険者本人又は主たる扶養者署名」欄に、被保険者本人又は主たる扶養者による自署にて記入してください。主たる扶養者による自署の場合、「本人との関係」欄に本人との関係を記入してください。   被保険者本人又は主たる扶養者署名  （本人との関係　□ 同居　　□ 別居　の　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

【遵守事項】

１　提供を受けた本人の情報(以下「本人の情報」という。)又は本人の親族の情報を本人の介護サービス計画作成以外の目的には使用しないこと。使用に当たっては、個人のプライバシーの保護を第一に努め、計画作成を行うこと。

２　本人の情報は、本人の書面の同意なく複写又は複製をしないこと。

３　本人の情報は、厳重に管理し、紛失し、又は破損しないよう適正な保管に努めること。

４　本人と介護サービスの提供に係る契約関係が終了した場合やその他提供を受けた資料を保持する必要がなくなった場合は、責任をもって廃棄等の処分をすること。

５　本人又は町から提供した資料の返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。