

要介護認定等の情報提供に係る申請書

令和 年 月 日

本宮市長 様

私（申請者）は、下記被保険者と契約を締結した事業者です。ついては下記被保険者の要介護認定等に関する情報について、提供されるよう申請します。なお、情報の提供を受けた際は、下記遵守事項により、私（申請者）の責任で情報を適正に管理することを誓約します。

申請者	氏 名	事業者名称 (代表者名)	
	事業者住所	Tel ()	

【遵守事項】 注意：下記の事項に違反した場合、情報提供をしない場合があります。

- 1 私は、本人情報又は親族情報を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画の作成及び介護サービスの適正な利用の促進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提供しません。
- 3 私は、従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、提供を受けた情報を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた情報を紛失又は破損したときは、直ちに本人又はその家族に連絡し、その指示に従い善処します。
- 5 私は、本人との居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約が終了したとき、その他提供を受けた情報を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該情報(複写又は複製したものを含む)を本人に返還するか又は責任を持って廃棄します。
- 6 私は、本人又は本宮市から提供情報の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。
- 7 私は、私の責に帰すべき事由により問題等が生じたときは、責任を持って解決に努めます。

被保険者①	氏 名	被保険者番号		市役所 確認印	
	生年月日	年 月 日	性 別		男 ・ 女
	住 所				
	認 定 情 報	<input type="checkbox"/> 認定調査票、 <input type="checkbox"/> 主治医意見書、 <input type="checkbox"/> 要介護認定の結果			
被保険者②	氏 名	被保険者番号		市役所 確認印	
	生年月日	年 月 日	性 別		男 ・ 女
	住 所				
	認 定 情 報	<input type="checkbox"/> 認定調査票、 <input type="checkbox"/> 主治医意見書、 <input type="checkbox"/> 要介護認定の結果			
被保険者③	氏 名	被保険者番号		市役所 確認印	
	生年月日	年 月 日	性 別		男 ・ 女
	住 所				
	認 定 情 報	<input type="checkbox"/> 認定調査票、 <input type="checkbox"/> 主治医意見書、 <input type="checkbox"/> 要介護認定の結果			
被保険者④	氏 名	被保険者番号		市役所 確認印	
	生年月日	年 月 日	性 別		男 ・ 女
	住 所				
	認 定 情 報	<input type="checkbox"/> 認定調査票、 <input type="checkbox"/> 主治医意見書、 <input type="checkbox"/> 要介護認定の結果			
被保険者⑤	氏 名	被保険者番号		市役所 確認印	
	生年月日	年 月 日	性 別		男 ・ 女
	住 所				
	認 定 情 報	<input type="checkbox"/> 認定調査票、 <input type="checkbox"/> 主治医意見書、 <input type="checkbox"/> 要介護認定の結果			