

別記様式(第4条関係)

介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書				
年 月 日				
筑西市長 様				
<p>介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報の提供を受けたいので、筑西市介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱第4条第1項の規定により申請します。</p>				
申請者	氏名 (事業者 又は施設 の名称)		被保険者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設又は居住系サービス事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域密着型(介護予防)サービス事業所
	住所 (所在地)			
提供を受けたい情報	被保険者	氏名	被保険者番号	
		生年月日	性別	男 ・ 女
		住所		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 介護認定結果・意見			
被保険者同意欄	<p>私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、筑西市が保有する私の上記の情報について、申請者に提供することに同意します。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <input type="checkbox"/> 私の家族() <input type="checkbox"/> 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設 又は居住系サービス事業者 <input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設 <input type="checkbox"/> 私と契約を締結した地域包括支援センター及び私と締結した地域 包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 私と契約した地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービス 事業者 <input type="checkbox"/> その他() </div> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">署名 印 (代理人) 印</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(被保険者との関係：)</p>			
備考	「被保険者同意欄」は、申請者が被保険者本人である場合は、記入の必要はありません。			

(順守事項)

- 1 提供を受けた情報を居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画（以下「介護サービス計画」という。）の作成以外の目的に使用しないこと。
- 2 本人に関する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、又は提供しないこと。
- 3 本人の家族に関する情報を当該家族の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- 4 提供を受けた情報を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- 5 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないよう厳重に管理すること。
万一事故が発生したときは、直ちに筑西市に連絡し、その指示に従うこと。
- 6 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関係が終了した場合その他提供を受けた情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報（複写し、又は複製したものを含む。）を責任を持って廃棄すること。
- 7 本人又は筑西市から、提供を受けた情報の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

(順守事項に違反した場合の措置)

- 1 順守事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことがあります。
- 2 居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域包括支援センター及び地域密着型（介護予防）サービス事業者が順守事項に違反したときは、介護保険法第84条第2項、第92条第2項、第103条第2項又は第114条第2項の規定により、茨城県知事に通知することがあります。