

## 三宅町要介護認定等関係資料提供申請書

年 月 日

三 宅 町 長 殿

私は、三宅町介護保険要介護認定等関係資料提供事務処理要領第4条の規定により、次のとおり  
要介護・要支援認定情報の提供を申請します。

併せて、同要領第7条に規定する裏面記載事項を遵守することを誓約します。

申請者 事業所名  
所在地  
氏 名  
電話番号

|                            |                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                           |  |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被 保 険 者 住 所                | 磯城郡三宅町                                                                                                                                                                                                                                      |            | 被 保 険 者 番 号                                                                                                                                                               |  |
| 被 保 険 者 氏 名                |                                                                                                                                                                                                                                             | 生 年 月 日    | 年 月 日                                                                                                                                                                     |  |
| 提供を受けようとする個人<br>情 報 の 項 目  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）                                                                                     | 本人との<br>関係 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族・親族（ ）<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設<br><input type="checkbox"/> その他 |  |
| 利用の目的及び理由                  | 介護サービス計画の作成のため                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                           |  |
| 提供を受けた個人<br>情 報 の 管 理 方 法  |                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                           |  |
| 利 用 す る 場 合 の<br>記 録 形 態 等 | <input type="checkbox"/> 通常文書 <input type="checkbox"/> 磁気テープ・磁気デスクディスク <input type="checkbox"/> マイクロフィルム<br><input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>電子計算機処理 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） |            |                                                                                                                                                                           |  |
| 契 約 締 結 日                  | ※新規契約の場合にのみ記入してください<br><br>年 月 日                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                           |  |
| 備 考                        |                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                           |  |

|                     |              |       |
|---------------------|--------------|-------|
| 受領が本人である<br>ことの確認書類 | 1 資格認定番号（ ）  | 受 付 欄 |
|                     | 2 その他（ ）     |       |
| 確 認 者               | * 保険医療課（氏名 ） |       |
| 備 考                 |              |       |

## 遵 守 事 項

### 【居宅介護支援事業者及び介護保険施設の方】

- (1) 提供を受けた資料に係る本人、家族又は親族（以下「本人等」という。）の情報等（以下「本人情報等」という。）を次の目的以外に使用しないこと。
  - ア 本人の介護サービス計画の作成に関すること。
  - イ 介護保険施設入所に関すること。
- (2) 本人情報等を本人等の文書による同意を得ることなく各本人等以外の者に提供しないこと。
- (3) 資料の提供を受けた者（第 2 条第 1 項第 3 号又は第 4 号に該当する場合に限る。）の職員その他の従業者又は職員その他の従業者であった者が、前 2 号の行為を行わないよう必要な措置を講ずること。
- (4) 本人等の同意を得ることなく、提供を受けた資料を交付された目的以外で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めること。
- (6) 本人との居宅介護支援、介護予防支援又は施設サービスの提供に係る契約が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、当該資料（複写又は複製したものを含む。）について責任を持って廃棄すること。

### 【本人及び家族等の方】

- (1) 提供を受けた本人の情報等を本人のケアプランの自己作成以外の目的には使用しないこと。
- (2) 資料の提供を受けた場合であって、ケアプランの自己作成が終了した場合は、責任をもってこれを破棄すること。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。また、事業所及び介護保険施設が故意又は重大な過失により個人情報をもれ等した場合は、直ちに奈良県並びに奈良県国保連合会へ苦情を申し立てます。