

様式第1号

中能登町介護保険情報提供申請書（本人同意書）

年 月 日

申請先 中能登町長

私は、中能登町介護保険情報提供要綱第4条の規定により、次のとおり情報の提供を申請します。なお、情報の提供を受けた際は、裏面の記載事項を遵守することを約します。

申請者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者・施設の名称	(本人及び親族の場合は記入不要)		<input type="checkbox"/> 親族(続柄:)
	住所(所在地)	〒 —		

被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
	住所			
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)	<input type="checkbox"/> 一次判定結果		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会による判定結果・意見		
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		
提供方法		1 閲覧	2 写しの交付	3 写しの郵送

〔本人同意欄〕(本人が要介護・要支援認定申請の際に同意している場合は以下の欄は記入不要)

私は、上記の申請者が下記のものであることを証するとともに、当該申請者に上記の情報を提供することに同意します。

- 私と契約を締結し、又は締結を予定している居宅介護支援事業者
- 私と契約を締結し、又は締結を予定している介護保険施設
- 私と契約を締結し、又は締結を予定している居宅サービス事業者
- 私の親族(続柄)
- 私の主治医意見書を作成した医師

本人署名 _____

遵 守 事 項

1. 私は、提供を受けた情報及び当該情報が表記された資料（以下「資料等」という。）に係る本人（以下「本人」という。）の情報又は本人の親族（以下「親族」という。）の情報を、本人の介護サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
2. 私は、提供を受けた資料等を本人、親族、その他の者に知らせ又は提供しません。
3. 私は、私の所属する事業所の職員その他の従業者、又は職員その他の従業者であつた者が、上記1及び2の事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
4. 私は、提供を受けた資料等を介護サービス計画の作成以外の目的で複写又は複製しません。
5. 私は、提供を受けた資料等を厳重に管理し、紛失、破損、漏洩しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料等を紛失又は破損した場合は、直ちに町長に連絡し、その指示に従い善処します。
6. 私は、本人との介護支援サービス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資料等を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料等（複写又は複製したものを含む。）を責任を持って破棄します。
7. 私は、町長から資料等の提示又は返還を求められたときは、これに速やかに応じます。
8. 私は、その他、資料等の提供に際し町長が別に提示する留意事項を遵守します。

(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。