

# 介護保険要介護認定等に係る個人情報提供申請書

令和 年 月 日

豊 頃 町 長 様

下記のとおり、介護保険の被保険者に係る要介護認定等の個人の情報提供を受けたく申請します。  
なお、提供された個人情報は、裏面記載の遵守事項を厳守することを確約します。

## 【 申請者 】

フリガナ		本人との関係	1 本人又は法定代理人
氏 名	㊦		2 親族 ( )
事業所名 施設名	*本人との関係が1・2以外の場合に記入してください。 ㊦		3 地域包括支援センター 4 居宅介護支援事業者 5 居宅サービス事業者 6 介護保険施設 7 医師又は調査員
住 所	〒 -	電話番号	- -

## 【 被保険者 】

フリガナ		男	明治・大正・昭和
氏 名		女	年 月 日
住 所	〒 -	電話番号	- -
被保険者番号		要介護度認定日	年 月 日
申請事由	1 要介護認定の理解を深めるため 2 介護サービス計画を作成するため 3 適切な介護サービスを提供するため 4 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所手続き・判定会議に必要なため 5 その他 ( )		
申請情報	1 認定調査票 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し（基本調査・特記事項）の提供 2 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 3 要介護認定等結果 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 文書の提供 4 介護保険料率の所得段階 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 文書での提供 <b>* 主治医意見書については、当該医師の同意がない場合は提供できません。また、医師の判断により全ての情報が提供できない場合があります。</b>		

## 【 被保険者本人の同意 】

**\* 申請者が本人の場合及び申請事由が「4」の場合で過去に署名したことがある場合は、記載・署名は要しません。**

私は、上記の申請者が次の者であることを証するとともに、申請者が上記の情報の提供を受けることに同意します。なお、私が介護老人福祉施設の入所を待機している期間は、今後も引き続き上記の申請者が認定調査票及び介護保険料率の所得段階について情報の提供を受けることに同意します。

- 1 私の親族 ( )
- 2 私の居宅サービス計画依頼届出書に記載されている地域包括支援センター
- 3 私の居宅サービス計画依頼届出書に記載されている居宅介護支援事業者
- 4 私と契約を締結・締結予定の居宅サービス事業者又は介護保険施設
- 5 私が入所申し込みを行っている又は予定の介護老人福祉施設
- 6 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員
- 7 その他 ( )

本人又は（法定）代理人 署名

㊦

( 裏面 )

【 遵守事項 】

1. 提供を受けた個人情報を申請事由以外の目的に使用しないこと。
2. 提供を受けた個人情報を本人又は家族の同意を得ることなく、他に一切漏らさないこと。
3. 事業者にあつては、職員その他の従業員又は職員その他の従業者であつた者が、前 1, 2 の規定に違反することのないよう必要な措置を講じること。
4. 資料の写しにより個人情報の提供を受けたときは、当該資料の写しの漏洩、改ざん、滅失、棄損等がないように特に厳重な取り扱いをすること。
5. 資料の写しにより個人情報の提供を受けた場合で、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、責任を持って確実に、かつ速やかに当該資料の写しを破棄すること。
6. 資料の写しにより個人情報の提供を受けた場合で、本人、又は豊頃町から当該資料の写しの提示、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。

上記の遵守事項が守られない場合は、今後情報の提供はできなくなることをご了承ください。