

要介護認定資料提供申出書

令和 年 月 日

私は、下記により要介護認定資料の提供について申し出ます。
 なお、資料の提供を受けた際は、裏面の記載事項を遵守します。

| | | | | |
|------------------|---------------|--|----------------------------|--|
| 申 出 者 欄 | 氏 名 | | 本 人 と の 関 係 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| | 事業者・施設 名 称 | | | <input type="checkbox"/> 親族 () |
| | 住 所 | | | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者 |

| | | | | |
|-----------------------|---|-------|---|---|
| 被 保 険 者 欄 | 氏 名 | | 被保険者番号 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 住 所 | | | |
| 申 込 施 設 名 | | | | |
| 提 供 資 料 | <input type="checkbox"/> 認定調査結果（基本調査・特記事項） <input type="checkbox"/> 認定調査結果（施設申込用） | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 二次判定結果 | |

(本人同意欄) ※ 本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について申出者が提供を受けることに同意します。

私の親族 ()

私と契約を締結した

[居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 介護保険施設 介護サービス業者]

私と契約を締結する予定の

[居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 介護保険施設 介護サービス業者]

本人署名

【遵守事項】

- 1、私は、提供を受けた資料にかかる個人情報を、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指定介護老人福祉施設への入所申し込み以外の目的には使用しません。
- 2、私は、提供資料の漏えい、改ざん、滅失、き損等を防止します。
- 3、私は、提供資料を保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料を判読不能な形で廃棄処分します。
- 4、私は、江別市より提供資料の提示、提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

(注)

資料の提供を受けた居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護サービス事業者、介護保険施設又は施設申込者が、上記遵守事項の1～4に違反した場合は、今後の資料の提供が受けられなくなることがあります。