

要介護認定等の情報（資料）提供に係る同意書

年 月 日

高 原 町 長 殿

私は、下記のとおり介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料を提供されるよう依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

請求者	氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 後見人、保佐人
	事業者・施設名称及び管理者等氏名			<input type="checkbox"/> 3親等以内の親族（ ）
	住所・所在地及び電話番号	（ ） -		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 居宅、介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型（予防）サービス事業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
被保険者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	大正・昭和	年	月 日
	住 所			
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査の一次判定情報（現況調査・基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査の一次判定情報（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

※請求者が被保険者でない場合は、次の被保険者同意欄に被保険者本人、又は3親等以内の親族より請求者との関係を証してもらうとともに、当該被保険者の署名、又は3親等以内の親族の代筆署名を受けて下さい。

【被保険者同意欄】

上記の依頼者が下記の者であることを証するとともに、高原町が保有する私の上記資料について依頼者に提供することに同意します。

- 私と契約を締結し、若しくは締結を予定している居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・地域密着型サービス事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設
- 私と契約を締結し、若しくは締結を予定している介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者
- 私の3親等以内の親族（ ）
- その他（ ）

被保険者署名

（代 筆）

（続柄）

遵 守 事 項

1. 私は、提供を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は、被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の居宅サービス計画、施設サービス計画、地域密着型施設サービス計画又は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は使用しません。
2. 私は、本人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若しくは提供し、又は親族情報を親族の文書による同意を得ることなく当該親族以外の者に知らせ若しくは提供することはしません。
3. 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記1及び2に記した事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
4. 私は、本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。
5. 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は直ちに本人に連絡し、その指示に従います。
6. 私は、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資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を本人に提出するか又は責任をもって廃棄します。
7. 私は、本人又は高原町から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

（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。