

要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書

(宛先) 佐倉市長

令和 年 月 日

申 出 者	事業所・施設名										
	事業所番号										
	代表者 職・氏名										
	所 在 地										
	電話番号										
	氏 名										

私は、介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する個人情報について、裏面記載のとおり提供されるよう申し出ます。

なお、情報提供を受けた際は、次の遵守事項を守り、私の責任で個人情報を適正に取り扱うことを約します。

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。）を本人の居宅サービス計画、介護予防サービス計画又は施設サービス計画（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、又は提供することはありません。
3. 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に違反した行為を行わないような措置を講じます。
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または破損した場合は、直ちに佐倉市に連絡します。
6. 私は、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関係が終了した場合や、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）を佐倉市に提出するか、又は責任を持って破棄します。
7. 私は、佐倉市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。
8. 私は、提供を受けた資料の取り扱いに関し、佐倉市からの問い合わせ等を受けた場合には真摯に対応します。

(裏面あり)

		被保険者情報										提供を希望する資料	
1	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
2	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
3	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
4	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
5	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
6	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
7	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
8	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
9	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												
10	被保険者番号	0	0	0	0							平成・令和 年 月 日認定分	☐ 訪問調査票（特記事項に限る） ☐ 審査会資料 ☐ 主治医意見書
	フリガナ 氏 名												

上記のうち提供可能と判断された資料について、受領しました。

令和 年 月 日

事業所・施設名	
氏 名	