

保険者確認欄（記入しないでください）

確 認	所属確認 ()	決	担当	係長	参事	課長	複写代
	本人確認 ()						枚
	確認者：	裁					円領収

要介護認定等の資料提供にかかる申出書（兼本人同意書）

平成 年 月 日

大野城市長 様

私は、下記により介護保険の被保険者にかかる要介護認定等に関する資料について提供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際には、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確約します。

申 請 者	氏 名 (事業者(所) 施設名称 代表者又は管理者)	印	本人 (被保険者) との 関係	被保険者本人 親族(続柄) 居宅介護支援事業者(所) 介護保険施設 その他()
	資料の受領者 (上記以外の場合)			
	住 所 (所在地)	電話番号		

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(才)	性 別	男 ・ 女
	住 所			
提 供 資 料	認定調査票（概況調査・基本調査） 認定調査票（特記事項） 主治医意見書			

[本人同意欄]

私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、大野城市が保有する私の上記の資料について、申請者に提供することに同意します。

(私と契約を締結した居宅介護支援事業者(所)・介護保険施設
私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者(所)・介護保険施設
私の親族(続柄)
その他())

本人署名欄

(裏面)

遵守事項

1. 提供を受けた資料に係る被保険者等にかかる情報を本人の居宅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. 本人等の情報を、認定調査票については本人、主治医意見書については主治医の文書による同意を得ることなく本人及び本人以外の者に知らせ若しくは提供することはしません。
3. 私の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
4. 認定調査票については本人、及び主治医意見書については主治医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. 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、その指示に従い善処します。
6. 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。）を市に提出するか又は責任を持って廃棄します。
7. 本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. 上記の事項に違反した場合は、今後の資料提供を受けません。