（表）

様式第3号（第4条関係）

# 要介護認定情報提供申請書

甲斐市長　様

私は、次の被保険者の要介護認定に関する資料を提供されるよう申請します。

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、私の責任において適正に管理することを約束します。

太線枠内は必ずご記入ください。不備がある場合や提供内容の申請理由・利用目的によっては資料提供を受けられない場合があります。

| 申請年月日 | 年　　月　　日 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者 | 被保険者との関係　※本人･公用以外の申請者は本人同意欄を必ず記載してください。 | | 印 |
| | □本人　□親族（続柄：　　）　□事業者　□公用　□その他（　　） | | |
| | 申請者氏名・ケアマネ氏名 | | |
| | 事業所名 | | |
| | 住所・所在地 | | |
| | 電話番号 | | |
| 本人同意欄 | 私は、申請者が次に該当する者であることを証するとともに、甲斐市が保有する要介護認定に係る資料を申請者に提供することに同意します。<br>□　契約を締結した事業者　　□　契約を予定する事業者　　□　親族（続柄：　　）<br>□　その他（　　）<br><br>被保険者署名：　　印　（代筆者：　　印） | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | フリガナ<br>氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 被保険者番号 | |
| | 住所 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 提供内容 | 申請理由・利用目的 | □①介護サービス計画・介護予防サービス計画作成用<br>□②おむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）用<br>□③その他（要記入：　　） |
| | 提供を受けたい資料の要介護認定日 | □要介護認定済み（最新の情報：　　年認定分）<br>□要介護認定済み（過去の情報：　　年認定分）<br>□新規・更新・変更申請中（　　年　　月申請） |
| | 提供資料<br>※提供を受けられない場合もあります。 | □認定調査票<br>□主治医意見書<br>□主治医意見書記載事項証明書（医療費控除用【おむつ代】）<br>※医療費控除（おむつ代）を初めて受ける場合は申請できません。<br>□要介護状態区分等証明書 |
| | 提供方法 | □　郵送【切手を貼付した封筒をご用意ください。】<br>□　窓口【後日、窓口にてお受け取りください。】 |

（裏）

遵守事項について

甲斐市要介護認定情報提供制度運営要綱第6条（遵守事項）の抜粋

(1)　提供を受けた資料に係る本人の情報及び本人の親族の情報を本人の介護サービス計画等の作成以外の目的に使用してはならない。ただし、本人及び本人の親族の文書による同意を得た場合はこの限りでない。

(2)　第3条第3号又は第4号に該当する場合の申請者の職員、又は職員であった者が、前号の事項を遵守するよう必要な措置を講じなければならない。

(3)　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なければならない。

(4)　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、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（複写又は複製したものを含む。）を廃棄しなければならない。

(5)　本人又は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、これに速やかに応じなければならない。

※　第3条第3号
　本人と介護支援サービス等の提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者

※　第3条第4号
　本人と施設サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している介護保険施設等