

要支援・要介護認定に係る情報提供申出書

(あて先) 後志広域連合長

私は、介護保険の被保険者に係る要介護認定に関する情報の提供について、下記のとおり申し出ます。なお、情報の提供を受けた際は裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

申 出 者 欄	氏 名		被 保 険 者 と の 関 係	☐ 本人 (☐ 本人の法定代理人) ※1 ☐ 家族等 (続柄等) ※2 ☐ 居宅 (介護予防) サービス事業者 ☐ 地域包括支援センター ☐ 地域密着型サービス事業者 ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護保険施設
	事業者 (施設) 名			
	代表者又は管理者氏名			
	住所 (所在地)	〒 ー TEL		

※1 本人の法定代理人である場合は、それを証する書類の写しを添付してください。

※2 情報提供の対象となる家族等とは、本人と同居、又は2親等内、もしくは本人の主たる介護者。

被 保 険 者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日 生まれ	性別	男・女
	住所	倶知安町 TEL		
提 供 目 的	☐ 要介護・要支援認定に係る相談などのため (事業者及び事業者に属する介護支援専門員は除く)			
	☐ 介護 (介護予防) サービス計画又は介護予防ケアマネジメントサービス計画作成及び係るサービスの提供に資するため			
	☐ 介護保険施設への入所申込みのため			
提 供 情 報	☐ 認定調査票 (☐ 基本調査票 ☐ 特記事項)			備考欄
	☐ 主治医意見書 ☐ 結果通知書			

※3 事業者 (又は事業者に属する介護支援専門員) への情報提供は原則 1 回、直近の認定に係る情報のみです。

■申出者が被保険者本人または本人の法定代理人以外の場合、下記の【本人同意欄】に記入・署名が必要です。

【本人同意欄】

私は、申出者が下記の者であることを証するとともに、倶知安町が保有する私の上記情報について申出者に提供することに同意します。

- ☐ 私の親族 (続柄)
☐ 私と契約を締結 (予定含む) している事業者 (又は介護保険施設)
☐ 私と契約を締結 (予定含む) している事業者 (又は介護保険施設) に属する介護支援専門員
☐ 私と契約を締結 (予定含む) している地域包括支援センター
☐ 私と契約を締結 (予定含む) している地域包括支援センターに属する職員

※事業者には地域包括支援センターが介護予防サービス計画等の作成を委託した居宅介護支援事業者を含む

被保険者名 _____

【遵守事項】

- (1) 提供を受けた情報を情報提供を申し出た目的以外の目的に使用しません。
- (2) 被保険者本人の同意を得ることなく、提供を受けた情報を本人以外の者に知らせ、又は提供しません。
- (3) 提供を受けた情報（書類）は厳重に保管し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めます。
- (4) 被保険者本人との契約関係が終了し、又は提供を受けた情報（提供を受けた書類の写しを含む）を所持する必要がなくなったときは、当該情報は申出者又は申出者の属する事業所の責任において破棄します。
- (5) 被保険者本人又は俱知安町から、提供を受けた情報の使用状況の報告又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じます。
- (6) 提供を受けた主治医意見書にかかる情報について本人に開示するときは、必ず主治医の同意を得ます。

※遵守事項に違反した場合は、今後情報提供が受けられなくなる場合があります。

《注意事項》

- 本人及び家族等以外からの情報提供の申出については、本人と契約締結（予定含む）している事業者又は事業者 に属する介護支援専門員とします。したがって、事業者（施設含む）の確認のため、申出者欄の事業者（施設）名と、代表者又は管理者の氏名は記入必須とします。加えて実際に申出者となる介護支援専門員の氏名を氏名欄に記載してください。
- 事業者又は事業者 に属する介護支援専門員が、やむを得ず当該被保険者の認定情報について、再度の提供を申出の場合は、事業者作成による理由書（様式は自由ですが、必ず被保険者本人の当該申出に同意する旨の署名を得ること）を添付してください。ただし、理由内容によって提供できない場合があります。なお、当該申出の原因が上記の遵守事項に違反すると判断した場合は、次回以降情報提供が受けられない場合があります。

《以下、俱知安町 記入欄》

申出者本人確認			
☐ 運転免許証	☐ 健康保険証	☐ マイナンバーカード	☐ 介護保険証
☐ 事業者 に属する職員を証するもの（社員証・名刺等）		☐ 介護支援専門員証	
☐ その他（ ）			

☐郵送 発送日 年 月 日

受付