

介護保険 認定関係資料情報提供請求書

玉 野 市 長 様

玉野市介護保険介護サービス計画作成に係る認定関係資料の情報提供に関する要綱第 5 条の規定により、次のとおり請求します。

なお、本請求書により提供される文書については、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約します。

被 保 険 者	フリガナ 氏 名		被保険者番号									
			生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日					
	住 所	〒706- 玉野市		性 別	男 ・ 女							
		電 話 番 号		—								—

情 報 提 供 請 求 者	氏 名		事業者番号									
	事業者名											
	住 所	〒		電 話 番 号	—							

情報提供 申請文書	① 訪問調査票 ② 主治医意見書 必要な書類に○をつけてください。
--------------	---

《本人同意》

私は、上記の請求者が私の介護サービス計画作成する者であることを証するとともに、玉野市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

本人署名 _____

代 筆 者 _____

(本人との関係 : _____)

対象となる認定有効期間	受付者	受付印
~		

(裏面)

遵守事項

1. 私は、提供を受けた資料に係る本人に関する情報（以下「本人情報」という。）を介護サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
2. 私は、本人情報を本人の同意を得ることなく本人以外の者に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. 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、破損しないよう適切な管理をします。
6. 私は、本人と居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約が終了した場合又は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。）を責任もって廃棄します。

(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。