

(様式第1号)

千曲市介護保険個人情報提供申請書

年 月 日

(宛先) 千曲市長

【申請者】住所又は事業所所在地

氏名又は事業所名

(続柄又は担当者名)

連絡先(電話)

次のとおり、要介護・要支援認定に関する個人情報の提供を申請します。
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。

提供を受けたい情報	対象者	被保険者番号	
		氏 名	
		住 所	千曲市大字
		生 年 月 日	年 月 日
	申請日	年 月 日	又は
	認定日	年 月 日	の情報
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)	<input type="checkbox"/> 二次判定結果	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス費の支給実績	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)		
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書		
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護(予防)サービス計画の作成		
	<input type="checkbox"/> 入所判定		
	<input type="checkbox"/> その他()		
公開の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	

(注)該当する口をレでチェックしてください。なお、記入不明な点をご相談ください。

対象者の同意	上記申請者に対し、市が保有する私の上記の要介護・要支援認定に関する個人情報を提供することに同意します。 なお、上記申請者は、私の介護サービス計画等の作成業務を行う事業者であることを申し添えます。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
--------	---

千曲市介護保険情報提供に関する遵守事項(本人又はその法定代理人を除く)

要介護・要支援認定に関する個人情報の提供を受けたうえは、次の事項を遵守してください。

1. 居宅サービス等を提供する目的以外の目的に使用しないこと。
2. 記録情報の改ざん、滅失、損傷その他の事故を防止すること。なお事故があったときは、直ちに市長に報告し、その指示を受けること。
3. 記録情報の内容を他に漏らさないこと。
4. 従業者に対し、前3号の事項を遵守させるための十分な措置を講ずること。
5. 第三者に記録情報を取り扱わせないこと。
6. 記録情報を保有する必要がなくなったときは、当該記録情報その他記録情報が記載された書類等を速やかに廃棄し、又は消去すること。
7. 前各号に掲げるもののほか、市長の指示に従うこと。

*上記の事項を遵守しないときは、以後、情報提供を行わない場合があります。
また、状況によって事業者の指定が取り消される可能性もあります。