要支援認定情報提供申請書

年 月 日

佐野市地域包括支援センター 様

次のとおり介護保険の被保険者に係る要支援認定情報(認定調査結果および主治医意見書の写し)の提供を申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

記

申請者	氏名		本人との関係	☐ 居宅介護支援事業者 ☐ その他()
	事業者名称			
	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	
	住所			

【遵守事項】

- 私は、提供を受けた被保険者(以下「本人」という。)の情報(以下「本人情報」という。)または本人の親族の情報(以下「親族情報」という。)を本人の介護予防サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
- 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ若しくは提供し、または親族情報を本人の親族の文書による同意を得ることなく当該親族以外の者に知らせ若しくは提供しません。
- 私は、私の従業者または従業者であった者が、上記の1および2に記した行為を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 私は、本人の同意を得ることなく、提供を受けた写し等を介護予防サービス計画の作成以外の目的で複写しまたは複製しません。
- 私は、提供を受けた写し等を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めます。
- 私は、本人との介護予防支援に係る契約関係が終了した場合その他提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、速やかに当該写し等(複写し、または複製したものを含む。)を廃棄します。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の情報提供が受けられなくなる場合があります。

受付年月日	処理者	決 裁		
				係