

(別記様式1)

要介護認定等情報提供申出書

年　月　日

士幌町長様

下記のとおり、要介護認定等の情報提供を受けたく申出します。

なお、提供された情報については、裏面記載の遵守事項を厳守することを確約します。

申出者欄	フリガナ		本人との 関係	1 本人
	氏名			2 親族 ()
	事業者名 施設名	〒		3 地域包括支援センター(介護予防支援事業者)
	住所	〒 電話番号		4 居宅介護支援事業所 5 居宅(介護予防)サービス事業者 6 介護保険施設 7 医師又は調査員 8 その他 ()
閲覧等の目的		1 要介護認定等に関する理解 3 適切な介護サービスの提供	2 介護サービス計画の作成等 4 介護保険施設入所申込み	
提出先		1 士幌町特別養護老人ホーム 3 士幌町予防介護支援事業所 5 小規模多機能施設なごみ 7 上記以外 ()	2 士幌町居宅介護支援事業所 4 ケアハウスしほろ愛風苑 6 グループホームひまわり・笑顔	

被保険者欄	氏名		年　月　日生	
	住所			
	被保険者番号		要介護認定日	年　月　日
閲覧資料欄	1 認定調査票	1 閲覧	2 写し提供	
	2 主治医意見書	1 閲覧	2 写し提供	
	3 要介護認定等結果	1 閲覧	2 写し提供	

【被保険者本人の同意】

本人が申出者である場合は下記の記載・署名は要りません。

私は、上記の申出者が次の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を受けることに同意します。

1. 私の親族 ()
2. 私の居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出をした居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター(介護予防支援事業者)
3. 私と契約を締結した、又は締結する予定の居宅(介護予防)サービス事業者又は介護保険施設
4. 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査した調査員
5. その他 ()

本人署名

(裏面)

【遵守事項】

- 1 私は、閲覧等を受けた資料を要介護認定等に関する理解、介護サービス計画作成、適切なサービス提供、又は介護保険施設入所申込みの目的以外には使用しません。
- 2 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、毀損等を防止します。
- 3 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを責任を持って廃棄します。
- 4 私は、利用の写しの提供を受けた場合には、士幌町から当該資料の写しの提示または提出若しくは返還をもとめられたときは、いつでもこれに応じます。

※ 資料の閲覧等を受けた者が、上記遵守事項に違反した場合は、今後の資料の提供が受けられなくなることがあります。