

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供請求書(事業者等用)

年 月 日

四国中央市長 様

住所 四国中央市豊岡町大町 2786 番地 2  
 事業所名 社会福祉法人 まこと  
 代表者氏名 理事長 三宅 紀文  
 電話番号 0896-28-2871

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

被保険者の氏名等	別紙 認定情報提供等対象者名簿のとおり
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】

被保険者の氏名等	
提供を受けようとする情報	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

私は、四国中央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。

本人同意欄	氏名	代筆者	氏名 本人との関係 ( )
-------	----	-----	------------------

遵守事項

- 1 提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。
- 2 提供を受けた情報は、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たり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。
- 4 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。
- 5 市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

処理欄	請求者確認	情報提供年月日	受付印
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 交付 ( ) <input type="checkbox"/> 発送 ( )	