様式第２号（第６条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定に係る情報提供申出書（事業者用）

　ふじみ野市長　宛て

 申出者　事業所名

 　　　　代 表 者

 事業所所在地

 　　　　電話番号

 　　　　担当者氏名

居宅（介護予防）サービス計画、介護予防ケアマネジメント又は福祉サービス計画作成のために、以下の被保険者に係る介護保険の認定情報の提供を受けたいので、ふじみ野市介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱第６条の規定により申し出します。

　なお、提供された情報は裏面記載の遵守事項を守り、適正に管理することを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 被保険者氏名被保険者住所 | 使用目的 | 外部提供を受ける書類及び方法 |
| １ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |
| ２ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |
| ３ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |
| ４ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |
| ５ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |
| ６ |  | 氏名住所 | □ケアプラン□施設の入所利用□その他（　　　　　　　　　） | □介護保険認定調査票□閲覧　□写しの交付□主治医意見書□閲覧　□写しの交付 |

 (注）　□のある欄は、該当する□内にレ印を記入すること。

**市記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 認定申請書 | 本人の同意　　　　□　あり　　　　□　なし |
| 主治医意見書 | 主治医の同意　　　□　あり　　　　□　なし |
| 事 業 者 等 | 契約をしている事業者であることの確認□居宅サービス計画作成依頼書□サービス契約書□その他（ ） |
| 当該事業者に所属していることの確認* 従業員証　　□　調査員証　　□　その他（ ）
 |
| 備　　　　　　考 |  |

【遵守事項】

|  |
| --- |
| 情報の提供を受けた者は、次の事項を遵守しなければならない。１　当該情報を介護サービスの提供等に使用する以外の目的に使用しないこと。　　特に、本人又は家族にも開示されない情報が含まれている場合があることから、その取扱いには十分注意すること。２　当該情報は厳格に管理し、改ざん、漏えい、紛失等の事故を防止する措置を適正に講ずるとともに、事故があった場合は、速やかに市長に報告し、その指示を受けること。３　当該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し、又は消去すること。４　市長から提供を受けた当該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。５　その他当該情報の取扱いについては、市長の指示に従うこと。(注)　上記の遵守事項に違反した場合は、資料の提供が受けられなくなります。 |