別記第１号様式(第４条関係)

(本人又は代理人用)

介護保険情報提供申請書

年　　月　　日

　　　多良木町長　　　　　様

　　多良木町介護保険における要介護認定等に係る情報提供事務取扱要領第４条の規定に基づき、次のとおり情報の提供を申請します。なお、情報提供資料は、裏面記載の遵守事項を守り適正に管理することを約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

　○申請者と対象被保険者が同一であれば、下記欄は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象被保険者 | 氏名 |  | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |

　○提供を受けたい資料及び方法に該当するところにチェックをつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供資料 | 方法 |  | 提供資料 | 方法 |
| □介護認定審査会資料 | □閲覧  □写し交付 | □認定調査票（概況調査） | □閲覧  □写し交付 |
| □認定調査票（特記事項） | □閲覧  □写し交付 | □主治医意見書 | □閲覧  □写し交付 |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的 | □　介護サービス計画作成のため  □　その他  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

　　私は、上記の申請者を代理人と定め、次の権限を委任します。

　１　介護保険の審査認定に係る自己資料の提供申出及び受領に関すること。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　本人署名

　　　　　　　　(申請者と対象被保険者が同一の場合は、本人署名は不要です。)

　(注)

　　主治医意見書について情報提供申請があったときは、多良木町において、当該主治医に確認しますのでその場での情報提供はできません。

**※町記入欄**

□ 申請どおり提供　　　□ 主治医同意なし→ 意見書以外を提供　　　　□ 本人同意なし→ 提供せず

□ その他（　　　　　　　　　　）

(裏)

(遵守事項)

１　私は、提供資料を被保険者本人の介護サービス計画の作成又はサービスの提供外の目的に使用しません。

２　私は提供資料を紛失し、又は破損しないように適正な管理に努めるとともに、提供資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに多良木町へ連絡しその指示に従います。

３　私は、多良木町から提供資料の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

（注）

１　上記遵守事項に違反したときは、今後の情報提供が受けられなくなる場合があります。