

介護保険要介護等認定個人情報提供申出書（事業者用）

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり要介護等認定に係る個人情報の提供を申し出ます。なお、資料の提供を受けた際は、次の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理・処分することを誓約します。

申出者	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員
	住所 事業所名	電話番号 — —	
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成に利用		

※ 申出者は、開示申出をすることができる者であることを証明する書類を提示又は提出してください。

※ 郵送での提供を希望する場合は、併せて返信用封筒（住所記入・切手貼付）を提出してください。

被保険者	被保険者番号	0 0	生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	電話番号 — —		
認定情報	要介護認定区分等	認定年月日	年 月 日	
提供情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ）			

（被保険者同意欄）※被保険者本人が要介護等申請時に同意している場合は記入不要

私は、上記申出者が、次の者であることを証するとともに、上記の要介護等認定に係る情報提供の申出をすることについて、同意します。

私と介護サービスの提供に係る契約を締結している事業者

私と契約を締結している指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）から委託を受けた事業者

署名した日 年 月 日 本人署名

（申出者の遵守事項）

- 提供を受けた資料（以下「提供資料」という。）を申し出た目的以外に利用しないこと。
- 提供資料を市長の承諾なく複写又は複製しないこと。
- 提供資料を紛失又は破損しないように厳重に管理し、第三者に対して当該資料から知り得た情報を漏らすことのないようにすること。
- 市長から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。
- 必要がなくなった提供資料（承諾を得て複写又は複製したものを含む。）は、確実かつ速やかに廃棄すること。

以下、春日井市記入欄

受付	提供日
	月 日

確認書類

<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証（担当ケアマネジャー）
<input type="checkbox"/> 職員証（地域包括支援センター）
<input type="checkbox"/> 被保険者の本人確認書類（被保険者同意欄代筆の場合）