

# 要介護被保険者等の認定に関する個人情報提供申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

次のとおり要介護被保険者等の認定に関する個人情報の提供を受けたいので申請します。

なお、情報提供を受けるにあたり、岩見沢市介護保険要介護被保険者等の個人情報に関する取扱規則第8条各号に掲げる事項を遵守することを約束します。

事業者又は施設の名 称			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
代 表 者 氏 名			
所在地及び連絡先	〒 TEL FAX		
情報使用者氏名			
要介護被保険者等	被保険者番号		
	ふ り が な 氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
サービス提供契約締 結 日	年 月 日		
提供を受けようとする 情 報	年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 申請		
	<input type="checkbox"/> 認定情報(審査会資料)	<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> コピー ( 枚)	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 概況調査	<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> コピー ( 枚)	
	基本調査	<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> コピー ( 枚)	
	特記事項	<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> コピー ( 枚)	
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> コピー ( 枚)	
<b>【要介護被保険者等同意欄】</b>			
私は、岩見沢市介護保険要介護被保険者等の個人情報に関する取扱要綱に基づき、岩見沢市が上記申請者に対し私の認定に関する個人情報を提供すること(及び上記申請者が提供を受けた個人情報を裏面の居宅サービス業者に提供すること)に同意します。			
本人署名 _____			

事業者の名称	代表者氏名	所在地及び連絡先
		〒 TEL FAX
		〒 TEL FAX
		〒 TEL FAX
		〒 TEL FAX
		〒 TEL FAX

【岩見沢市介護保険要介護被保険者等の個人情報に関する取扱要綱(抜粋)】

(提供対象者)

第3条 個人情報の提供対象者は、次に掲げる者とする。

- (1) 要介護被保険者等と居宅介護支援の提供に係る契約を締結している居宅介護支援事業者で個人情報の提供について当該要介護被保険者等の同意を得た者
- (2) 要介護被保険者等と施設サービスの提供に係る契約を締結している介護保険施設で個人情報の提供について当該要介護被保険者等の同意を得た者

(情報提供を受けた者の遵守事項)

第8条 個人情報の提供を受けた者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 提供を受けた個人情報を第3条各号に規定するサービスの提供以外の目的に使用しないこと。
- (2) 提供を受けた個人情報を他人に提供しないこと。
- (3) 提供を受けた個人情報を適正かつ厳重に管理すること。
- (4) 第3条各号に規定する契約が終了したとき、又は提供を受けた個人情報を所持する必要がなくなったときは、当該個人情報を速やかに確実な方法で廃棄処分すること。
- (5) 市長から、提供を受けた個人情報の提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。

(情報提供の特例)

第9条 第3条第1号に規定する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供のために必要であると判断し契約した要介護被保険者等の同意を得た場合には、前条第2号の規定にかかわらず、当該居宅介護支援事業者は提供を受けた個人情報を関係する居宅サービス事業者に提供することができる。当該居宅介護支援事業者は、前条各号に規定する遵守義務を負う。