

要介護認定の資料提供に係る申出書（兼本人同意書）

令和 年 月 日

小国町長様

私は、下記により要介護認定等に関する資料について提供されるよう申し出ます。

なお、資料提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約します。

申請者	氏名 〔事業者 (所)・施設名 称代表者又は 管理者〕	○○居宅介護支援事業所 小国 花子	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業所 地域包括支援センター ¹ <input type="checkbox"/> その他()
	資料受領者 (上記以外の場合)	小国 和子		
	住所 (所在地)	阿蘇郡小国町○○		
本人	氏名	小国 一郎	被保険者番号	000000001
	生年月日	昭和○○年○月○日	性別	男
	住所 (所在地)	阿蘇郡小国町○○		
提供資料	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項） <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書			

[本人同意欄]

私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、作成する為に、小国町が保有する私に係る上記の資料に

- 契約を締結した居宅介護支援事業者
 - 契約を締結した介護保険施設
 - 契約を締結した認知症対応型共同生活事業者
 - その他（）

本人の手書き署名が原則です。

本人が手書きすることが難しい又は意思疎通が困難な場合などの特段の事情がある場合は以下の順位に従って下段に代理署名と続柄の記入をお願いします。

- 1：被保険者の法定代理人
 - 2：配偶者やその他家族

被保險者氏名

小国 一郎

代筆者名

(続柄)

遵守事項

- 1、私は、提供を受けた資料に係る本人の情報（以下「本人情報」という。）又は、本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の認知症対応型共同生活介護計画、特定施設サービス計画、居宅介護サービス計画、施設介護サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、「介護サービス計画」という。）の作成以外の目的以外には使用しません。
- 2、私は、本人の文書による同意を得ることなく本人の情報を本人以外の者に知らせ、若しくは提供し又は親族の文書による同意を得ることなく親族情報を当該親族以外の者に知らせ、若しくは提供しません。
- 3、私は、私の職員その他の従事者であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 4、私は、本人の同意を得ることなく提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、複製しません。
- 5、私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、並びに紛失し、及び破損しないように適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 6、私は、本人との認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援又は、施設サービスの提供に係る契約関係が終了した場合その他の提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は、複製したものも含む。）を本人に提出し、又は責任を持って廃棄します。
- 7、私は、本人又は小国町から、提供を受けた資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。