

様式第 2 号 (第 10 条関係)

年 月 日

福岡市在宅連携支援システム事業責任者 様

申請者名

福岡市在宅連携支援システム市民利用申請書

福岡市在宅連携支援システムの利用について、福岡市在宅連携支援システム運用要領  
(以下「本要領」という。)第 10 条第 5 項の規定により、下記のとおり申請します。  
なお、利用にあたっては本要領および裏面記載の遵守事項を遵守します。

記

1 支援対象者情報

|                      |
|----------------------|
| 本人住所： _____          |
| 本人氏名： _____          |
| 生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| 電話番号： _____          |
| 介護保険被保険者番号： _____    |

(ふりがな)

2 申請者氏名： \_\_\_\_\_

3 申請者住所： \_\_\_\_\_

4 本人との関係： \_\_\_\_\_

5 電話番号： \_\_\_\_\_

6 FAX 番号： \_\_\_\_\_

7 メールアドレス： \_\_\_\_\_

8 利用台数 計 \_\_\_\_\_ 台 (うち Win 版 \_\_\_\_\_ 台、iOS 版 \_\_\_\_\_ 台、Android 版 \_\_\_\_\_ 台)

9 添付書類

(1) 申請者の身分証明書の写し

(2) 本人との関係性を証明するもの (下記のいずれかの写し)

ア. 家族の場合は、家族関係が確認できる戸籍謄本

イ. 後見人の場合は、法務局発行の登記事項証明書

ウ. その他、対象者との関係性を証明できる公的機関発行の書類

## 遵守事項

福岡市在宅連携支援システム（以下「本システム」という。）の利用及び業務利用者の管理に関し、下記事項を遵守することを誓約します。

1. 私は提供を受けた資料に係る本人の医療、介護、健診、見守り、投薬、日々の生活情報及び生体情報（以下「ヘルスケア情報」という。）について、関係利用組織との情報共有以外の目的には使用しません。
2. 私は本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を関係組織との情報共有以外の目的で複製し又は複製しません。
3. 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、直ちに福岡市へ報告し、その指示に従い善処します。
4. 私は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（複製し又は複製したものを含む。）を本人に提出し又は責任を持って破棄します。
5. 私は本人又は福岡市から、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、本システムの利用ができなくなる場合があります。