

要介護認定の資料提供に係る申出書

(宛先) 福岡市長

年 月 日

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。

私は本人の介護サービス計画等の作成等を行っている又は行う予定の事業者、施設、地域包括センター又は指定介護予防支援事業者の職員であることに間違いありません。

なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、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・施設名称 代表者又は管理者)	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・指定 介護予防支援事業者
	資料の受領者 (上記以外の場合)		
	住所 (所在地) 電話番号 (- -)		
提供資料	<input type="checkbox"/> 要介護認定調査結果票 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()		

情報提供対象者は、裏面に記載してください。

遵守事項 (注) 違反した場合、今後の資料の提供が受けられなくなる場合があります。

- 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、居宅サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画、施設介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの実施、その他前記に準ずるもの（以下「介護サービス計画等の作成等」という。）以外の目的には使用しません。
- 私は本人の文書による同意を得ることなく本人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。
- 私は私の職員その他の従業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。
- 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等の作成等以外の目的で複製し又は複製しません。
- 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、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 私は本人との介護サービス、介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業の提供に係る契約関係が終了した場合その他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廃棄します。
- 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。

センター記入欄

提供対象者確認書類	
本人確認書類	在職確認書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証	<input type="checkbox"/> 日本国旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 在職証明書 <input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証	

受付印

情報提供対象者名簿

1	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
2	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
3	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
4	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
5	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
6	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
7	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
8	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
9	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	
10	被保険者番号		氏 名	
	生年月日		住 所	