別記様式第１号

　　年　　月　　日

要介護認定等に係る個人情報外部提供申請書

府中市長　　様

（申請者）

　氏　　名

　事業所名

　代表者名

　住所（所在地）

　電話番号

　次の介護保険制度の被保険者について要介護認定等に係る個人情報の外部提供を受けたいので、要介護認定等に係る個人情報外部提供取扱要領第４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

　なお、本申請に係る資料の提供を受けた際には、紙面記載の利用条件を守り、私の責任で適正に管理することを約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の  フリガナ  名　　前 | 被　保　険　者　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 被保険者と  申請者の関係 | □指定居宅介護支援事業者　　　□指定介護予防支援事業者  □指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者　　　□指定地域密着型（介護予防）サービス事業者  □介護保険施設　　　　　※□欄にチェックをしてください。 | | | | | | | | | | |
| 提供を希望する  個人情報の内容 | □認定調査票に関する資料（概況調査・基本調査・特記事項）  □主治医意見書（＊主治医の同意がない場合は開示できません）  ※□欄にチェックをしてください。 | | | | | | | | | | |
| 提供を希望する  理由及び  使用目的 | □居宅サービス計画作成のため　□介護予防サービス計画作成のため  □施設サービス計画作成のため　□（介護予防）特定施設入居者介護計画  □介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成のため　　　　作成のため  ※□欄にチェックをしてください。 | | | | | | | | | | |
| 利用条件 | 提供を受ける個人情報については、次の事項を遵守します。   1. 他に漏らしません。 2. 申請した使用目的以外に使用しません。 3. 他に提供しません。 4. 複写又は複製しません。 5. 責任をもって管理し、改ざん、滅失、き損その他の事故を防止します。 6. 事故が発生した場合は、速やかに府中市へ報告するとともに府中市の指示に従います。 7. 提供期間終了後又は利用目的の達成後は、速やかに返還（焼却、裁断等による廃棄又は消去）します。 8. 立入調査の要請があった場合、これに応じます。 | | | | | | | | | | |

　　□　　認定申請中

※介護保険課記入欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 請求者（来庁者）本人確認 | □顔写真付き身分証明書　□顔写真なし身分証明書＋本人確認書類（免・マ・パ・　）□その他（　　　　　） |
| 契　約　確　認 | □ケアプラン等作成依頼届出書提出確認　□施設入所申込書確認　□契約書の写し　□その他（　　　　　） |

別記様式第２号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事業所名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 対 象 者 名 | 提供希望資料 | | 認定 申請中 | 備考 |
| 認　定 調査票 | 主治医 意見書 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | □ | □ |  |

個人情報外部提供申請対象者一覧表

※このリストは複数の被保険者の認定審査資料を請求される場合に、２人目以降から記入して、提出してください。

※提供希望資料の「主治医意見書」について、主治医の同意がない場合は、提供できません。