

要介護認定等に関する情報提供申出書

年 月 日

(あて先) 旭川市長

私は、介護サービス提供等に資するため、次のとおり要介護認定等に関する情報提供について申出をします。なお、資料の提供を受けた際は、裏面の遵守事項を守ることを約束します。

| | | | |
|------|---------|-------------|---|
| 申出者欄 | 事業者・施設名 | | 申出の目的 <input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議における事例検討 <input type="checkbox"/> 利用者の処遇に係る加算等の算定 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設の入所判定 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 氏名 | (ふりがな) | |
| | 所在地 | 〒 - 電話() - | |

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 被保険者欄 | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生 |
| | 住所 | | |
| | 被保険者番号 | 0 0 0 | 認定年月日又は 認定結果通知年月日 年 月 日 |
| 提供資料 | <input type="checkbox"/> 認定調査票と同様の情報を記載した資料 | | 提供の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 交付 |
| | <input type="checkbox"/> 主治医意見書と同様の情報を記載した資料 | | |

*旭川市記入欄 (主治医の同意 あり なし)

*介護サービス計画作成等に利用されることに主治医の同意が得られていない場合は、主治医意見書と同様の情報を記載した資料を提供できないことを御了承ください。

【本人同意欄】

私は、上記の申出者が、私の要介護認定等に係る情報提供を受けることに同意します。

(本人) 氏名 印

《申出者の身分等の確認のため、次の書類の提示をお願いしています。》

【ケアマネジャーであって、介護サービス計画作成等に使用するために申し出るとき】

- ①介護支援専門員証
- ②職員証 (代表者印又は事業所印の押印があるもの)

【ケアマネジャー以外であって、サービス提供に必要な情報の確認や費用の算定等のために申し出るとき】

- ①職員証 (代表者印又は事業所印の押印があるもの)
- ②申出者の身分証明書 (運転免許証, 健康保険証等)

【介護老人福祉施設の入所判定のために申し出るとき】

- ・家族が申し出るとき
 申出者の身分証明書
- ・施設職員等が申し出るとき
 ①申出者の身分証明書
 ②職員証 (代表者印又は事業所印の押印があるもの)

| | |
|-------|-----|
| 申出者確認 | 発行印 |
| | |

【遵守事項】

- 1 当該情報を介護サービス提供等に資する目的以外に使用しないこと。
特に、本人又は家族にも開示されない情報が含まれている場合があることから、その取扱いには十分注意すること。
- 2 当該情報の改ざん、漏えい等の事故を防止する措置を講ずるとともに、事故があった場合は、直ちに市長に報告し、その指示を受けること。
- 3 当該情報を保有する必要がなくなったときは、速やかに破棄し、又は消去すること。
- 4 その他当該情報の取扱いについて市長の指示に従うこと。

(様式第4号)

要介護認定等に関する文書の開示請求書

年 月 日

(あて先) 旭川市長

次のとおり要介護認定等に関する文書の開示を請求します。

| | | | |
|--|----|---------------------|---|
| 請求者欄 | 氏名 | (ふりがな) _____ | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 |
| | 住所 | 〒 _____ 電話() _____ | |
| 請求の目的 | | | |
| 本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 死者の相続人 | | | |

*代理人による開示請求の場合は、下記の委任状への本人の記入・押印が必要です。

| | | | | |
|-------|--|-------------|----------------------|---|
| 被保険者欄 | 氏名 | _____ | | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 |
| | 住所 | _____ | | |
| | 被保険者番号 | 0 0 0 _____ | 認定年月日又は 認定結果通知年月日 | 年 月 日 |
| 請求文書 | <input type="checkbox"/> 認定調査票と同様の情報を記載した資料 | | | 開示の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 交付 |
| | <input type="checkbox"/> 主治医意見書と同様の内容を記載した資料 | | | |

*主治医意見書については、主治医に照会した結果、同意が得られない場合は不開示となりますので御了承ください。

| | |
|--|---|
| 【委任状】 | |
| 私は、上記の請求者を代理人に選任し、要介護認定等に係る情報開示に関する事項を委任します。 | |
| 年 月 日 | |
| (本人) 氏名 | 印 |

《請求者の身分等の確認のため、次の書類の提示をお願いしています。》

【本人による請求】

- ・本人の身分証明書 (運転免許証, 健康保険証等)

【法定代理人による請求】

- ・法定代理人の資格を有する書類 (記載事項証明書等)
- ・代理人の身分証明書

【代理人による請求】

- ・代理人の身分証明書
- ・委任状

【相続人による請求】

- ・相続人の身分証明書
- ・相続人であることを証する書類 (戸籍謄本等)

| | |
|-------|-----|
| 請求者確認 | 発行印 |
| | |