

(様式2)

## 介護保険情報提供支援事業者等申請書

年 月 日

木曾広域連合長 殿  
(申請者)

氏 名		本人との 関 係	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
事業者・施設の名称			<input type="checkbox"/> 主治医
			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
			<input type="checkbox"/> 介護保険施設
住 所 (所 在 地)			

私は、次のとおり情報の提供を申請します。  
なお、本人以外が情報の提供を受けた際は裏面記載の遵守事項を守ることを約束します。

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日		性 別	
	住 所			
提供情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査)		<input type="checkbox"/> 認定調査票 (基本調査)	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)		<input type="checkbox"/> 主治医意見書	

### [本人同意欄]

私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、当該申請者に上記の情報を提供することに同意します。

<input type="checkbox"/> 私の主治医 <input type="checkbox"/> 私と契約を締結した居宅介護支援事業者及び介護保険施設 <input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者及び介護保険施設
---

本人署名 \_\_\_\_\_

代筆者名 \_\_\_\_\_

(本人署名を代筆した場合のみ)

# 申請者遵守事項

私（申請者）は、情報の提供を受けた際は次の遵守事項を守ることを約束します。

- 1 私は、提供を受けた情報及び当該情報が標記された資料（以下「資料等」という。）に係る本人（以下「本人」という。）の情報又は、本人の親族（以下「親族」という。）の情報を、本人の介護サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
- 2 私は、私の職員その他の従業者、又は職員その他の従業者であった者が、上記 1 及び 2 の事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 3 私は、提供を受けた資料等を本人、親族及びその他の者に知らせ若しくは提供しません。ただし、連合長が認めた場合は提供します。
- 4 私は、資料等を介護サービス計画の作成以外の目的で複写または複製しません。
- 5 私は、資料等を厳重に管理し、紛失、破損、漏洩しないように適正な保管に努めるとともに、資料等を紛失又は破損した場合は、直ちに木曾広域連合長に連絡しその指示に従い善処します。
- 6 私は、資料等を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料等（複写または複製したものを含む。）を責任もって破棄します。
- 7 私は、木曾広域連合長から資料等の提示若しくは返還が求められたときは、これに速やかに応じます。
- 8 私は、資料等の提供に際し木曾広域連合長が別に指示する留意事項を遵守します。