記入例

様式第１号(第６条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定に係る情報提供申出書(個人用)

８年　４月　１日

(あて先)三芳町長

(申出者)　住　所　　三芳町大字藤久保１１００番地１
氏　名　　三芳　太郎
電話番号　　049-258-0019
本人との関係　本人・親族(長男)・その他(　　)

要介護認定・要支援認定に係る情報の提供を受けたいので、三芳町介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱第６条の規定により申し出します。

被保険者	氏　名	三芳　花子	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
	住　所	三芳町大字藤久保１００番地１		

使用目的	提供を受ける書類及び方法
☑ 施設の入所利用等 提供先の施設名称 〇〇園　など申込施設名 ☐ その他	☑ 介護保険認定調査票（認定情報） ☑ 主治医意見書 ☐ 閲覧　☑ 写しの交付 ☐その他（　　） ☐ 閲覧　☐ 写しの交付
認定情報期間	☑最新の情報　☐ 必要な認定期間（　年　月　日 ～　年　月　日）
本人同意欄 （申請者が本人の場合及び委任状があるときは、記載不要	私は、三芳町が保有する上記書類について、申出者に提供することに同意します。 本人署名　三芳　花子

＜町確認欄＞

確認事項	主治医意見書	主治医の同意　☐ あり　☐ なし
	申出者確認 本人確認書類　☐マイナンバーカード　☐運転免許証　☐パスポート　☐官公庁発行写真付身分証明証 ☐ その他（　　）	
	被保険者との関係書類 ☐ 被保険者の介護保険被保険者証　☐ 被保険者の健康保険被保険者証 ☐ その他（　　）	
備　考		

【 遵 守 事 項 】

情報提供を受けた者は、次の事項を遵守しなければならない。

1　提供を受けた情報は、「使用目的」欄でチェックした目的以外に使用しないこと。

2　提供を受けた情報を、本人の同意を得ることなく他の者への漏らさないこと。

3　提供を受けた情報に係る漏えい及び改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講ずること

4　提供を受けた情報を本人の同意を得ることなく複写し、又は複製しないこと。

5　提供を受けた情報を厳重に管理し、適正な保管に努めること。

（注）　上記の遵守事項に違反した場合は、資料の提供が受けられなくなります。