

要介護認定等の資料に関する情報開示請求書（兼本人同意書）

年 月 日

粕屋町長 殿

私は、介護保険被保険者の要介護認定等に関する資料について次のように請求します。
なお、資料の提供を受けた際は別途定める遵守事項を守り、私の責任で適正に管理することを誓約します。

| | | | | |
|---------|---|--|---|--|
| 情報開示請求者 | 氏名 | | | |
| | 被保険者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 事業者名称 （ ） | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話番号 | （ ） - | | |
| 請求資料 | 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| | <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査票、基本調査票、特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（主治医の同意がある場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（審査判定結果等） | | | |
| 開示方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | |

- (注) 1 事業者等にあつては名称及び代表者の氏名を記入して下さい。
2 □にはレ印を記入して下さい。

[本人同意欄]

私は、情報開示請求者が下記のものであると証するとともに、粕屋町が保有する私に関する上記請求資料について申請者に提供することに同意します。

なお、提供方法は (閲覧 写しの交付) を認めます。

- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設
 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設
 私の親族（ ）
 その他（ ）

| | |
|----------------|--|
| 身分 証明 確認 | |
|----------------|--|

本人署名

印

遵 守 事 項

- (1) 提供を受けた個人情報(以下「提供個人情報」という。)に係る被保険者本人の情報、又は被保険者本人の親族の情報を、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) 請求者の職員その他の従業者であった者が、提供個人情報を介護サービス計画の作成以外の目的に使用しないよう必要な措置を講じます。
- (3) 提供個人情報を厳重に管理し、紛失及び破損しないような適正な保管を講ずるものとし、提供個人情報を紛失又は破損した場合は、直ちに粕屋町に報告し、その指示に従い善処します。
- (4) 提供個人情報を他へ再提供しません。
- (5) 居宅介護支援、居宅サービス又は施設サービスの提供に係る契約関係が終了した場合、その他提供個人情報を所持する必要がなくなった時は、速やかに当該資料(複写し、又は複製したものを含む。)を粕屋町に提出するか、又は責任をもって廃棄、消去します。
- (6) 被保険者本人又は粕屋町から、提供個人情報の提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

(注) 上記事項を遵守しなかった場合又は不正請求、不正取得があった場合は、町長はその時以降の個人情報の提供を拒否することができます。