

記入見本

必ず記入してください

別記様式

要介護認定等の資料提供に係る申出書（本人同意書）

年 × 月 △ 日

（申出先）茨木市長

私は、下記により介護保険の
供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際に
に管理することを誓約します。

必ず窓口に来られる申請者の方（郵送の場合は、
申請者の方）の名前を記入してください。本人自
筆の場合は押印不要です。

申 出 者	（ふりがな） 氏 名	いばらき たろう 茨木 太郎 印	本 人 と の	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者・施設 名 称			<input checked="" type="checkbox"/> 親族（続柄： ）
	住 所 （所在地）	茨木市駅前●丁目●ー●		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア事業者等 （ ） 所介護及び認知症対応型通所介護 （介護予防を含む。）を除く。）
				<input type="checkbox"/> 地域包括ケア事業者等

窓口に来られる方（郵送の場合は、
申請者の方）の住所を記入

該当する項目にチェックしてください

被 保 険 者	（ふりがな） 氏 名	いばらき はなこ 茨木 花子	被保険者番号	0000000000
	生 年 月 日	○ 年 × 月 △ 日		
	住 所	茨木市駅前●丁目●ー●		
提 供 資 料	認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	認 定 日	年 月 日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）	必要項目にチェックを お願いします		
	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書			
<input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料	認定の出ている資料に限り資料提供可能です。申 請時点での申出は受け付 けません。			
<input type="checkbox"/> 審査判定議事録				

【本人同意欄】

私は、上記の申出者が下記の者であるとともに、茨木市が保有する私の上記資料
について、申出者に提供することに同意します。

- ☐ 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・介護予防
支援事業者・特定施設・介護
☐ 私と契約を締結する予定の
介護予防支援事業者・特定施
等

被保険者様の名前をお願いします
（本人様記入できない場合には代筆可）

☒ 私の親族（続柄： ）
○年 × 月 △ 日

本人署名 茨木 花子

必ず記入してください

【順守事項】

- 1 私は、提供を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は、本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の介護保険サービスの提供以外の目的には使用しません。
- 2 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ、若しくは提供し、又は親族情報を本人の親族の文書による同意を得ることなく当該親族以外の者に知らせ、若しくは提供することはありません。
- 3 私は、私の所属する事業者（又は施設）の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 5 私は、本人との居宅サービス、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業に基づくサービスの提供に係る契約関係が終了したときその他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を責任を持って廃棄します。
- 6 私は、本人又は茨木市から提供資料（複写し、又は複製したものを含む。）の提供又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

（注）上記の順守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなることがあります。