

--

北九州市要介護・要支援認定に係る資料提供申出書（事業者用）

令和 年 月 日

北九州市長 様

私は、本申出書により介護保険の被保険者に係る要介護・要支援認定に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

申出者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	事業者・施設名称			<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	事業者番号			<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者
	代表者名			<input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者
	住所 (所在地)	〒		<input type="checkbox"/> 予防給付型訪問サービス事業者等
				TEL ()

遵守事項 (注) 下記の遵守事項に違反した場合、資料の提供が受けられなくなる場合があります。

- 私は提供を受けた資料にかかる被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成とこれに基づく良質な介護サービスの提供を図る以外の目的に使用いたしません。
- 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく（主治医意見書については主治医の同意を得ることなく）本人以外のものに知らせ若しくは提供し、又は親族情報を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。
- 私は、私の従業員又は従業員であった者が上記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。
- 私は、本人の同意を得ることなく（主治医意見書については主治医の同意を得ることなく）、提供を受けた資料を複製又は複製しません。
- 私は、提供を受けた資料を紛失、破損しないよう適正な管理に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人又は親族にその旨の連絡を行ない、その指示に従った上で市長に対しても連絡します。
- 私は、本人との居宅介護支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、施設サービス、居宅サービス、地域密着型サービス又は予防給付型訪問サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合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、速やかに当該資料を本人又は市長に返却します。
- 私は、本人又は市長から提供資料の提示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。
- 要介護（支援）認定申請書に本人の同意がない場合は、本様式は使用できません。**

年	担当者	係長	課長
月			
日			

備考

番号	被保険者番号	性 別	提供申出資料	同意の有無	備考
	被保険者氏名	生年月日			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	