

要介護認定等資料閲覧等申出書（本人同意書）

令和 年 月 日

赤井川村村長 様

私は、下記のとおり介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料の閲覧等について申し出ます。

なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを約束します。

申出者欄	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者・施設名称 代表者名			<input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 包括支援センター
	住所		電話	

被保険者欄	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	住所		電話	

閲覧等資料欄	<input type="checkbox"/> 認定調査票（現況調査・基本調査・特記事項）	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写物
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	

〔本人同意欄〕 ※本人が申出者である場合は下記の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を行うことに同意します。

- 私の親族（ ）
- 私と契約を締結した〔 居宅介護支援事業者・ 介護保険施設・ 包括支援センター〕
- 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・ 包括支援センター〕

本人署名 ⑨

（遵守事項）

<ol style="list-style-type: none">私は、閲覧等を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報及び本人の親族の情報を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画の作成以外の目的には使用しません。私は、資料の写しの提供を受けた場合には、該当資料の写しの漏洩、改ざん、滅失、き損等を防止します。私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを責任を持って破棄します。私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人または赤井川村から該当資料の写し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。私は、私の従業者又は従事者であった者が、上記の1及び2に記した行為を遵守するよう必要な措置を講じます。
--

（注）上記の遵守事項に違反した場合、今後資料の閲覧等が受けられなくなる場合があります。