

## 富士宮市介護保険被保険者情報提供請求書兼誓約書

富士宮市長 様

令和 年 月 日

|                   |  |          |  |
|-------------------|--|----------|--|
| 請求者種別             | 1 居宅介護支援事業者等    2 主治医    3 介護保険施設<br>4 地域包括支援センター    5 民生委員    6 その他 |          |  |
|                   | ※民生委員の場合   | 担当<br>地区 |  |
| 請求者               | 住所・所在  |          |  |
|                   | 氏名・名称  |          |  |
|                   | 電話番号   |          |  |
| 窓口来庁者             | 氏名   |          |  |
| 介護支援専門員<br>または相談員 | 氏名   |          |  |

私は、上記請求者が私の介護保険被保険者情報の提供を受けることを承諾します。

令和 年 月 日 氏名

※ 認定申請時に承諾済の場合には、上記承諾欄は記載不要です。

|      |   |
|------|---|
| 誓約事項 | 提供を受けた情報の取扱いについて、下記事項を誓約いたします。<br>1 下記請求目的以外には使用いたしません。<br>2 情報漏洩の防止等、事故がないよう適切な管理措置を講じます。<br>3 取扱者は、請求目的に適合した最小限の範囲に限定いたします。<br>4 第三者への再提供はしません。<br>5 上記請求目的達成後には、シュレッダー、焼却等の手段により速やかに消去します。 |
|------|---|

|             |         |       |   |   |
|-------------|---------|-------|---|---|
| 情報提供対象者（本人） | 住 所     |       |   |   |
|             | 氏 名     | フリガナ  |   |   |
|             |         | 漢 字   |   |   |
|             | 生 年 月 日 | 明・大・昭 | 年 | 月 |
|             | 被保険者番号  |       |   |   |

|      |   |
|------|---|
| 請求目的 | 1 (ケアマネージメント・ケアプラン作成) のため<br>2 主治医意見書作成のため<br>3 施設入所判定のため<br>4 地域包括支援センターに対応するため<br>5 民生委員担当地区居住者の(介護保険相談対応・状況把握確認)のため<br>6 その他 ( ) |
|------|---|

処 理 欄

令和 年 月 日

上記請求に対し、情報提供してよろしいか伺います。

| 課 長 | 係 長 | 係 員 | 担 当 者 |
|-----|-----|-----|-------|
|     |     |     |       |