

様式第1（第4条関係）

要介護認定等の情報（資料）提供に係る依頼書（本人同意書）

年 月 日

鹿 児 島 市 長

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を提供されるよう依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面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約します。

依頼者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人（後見人等を含む）
	事業者・施設名称及び管理者等氏名			<input type="checkbox"/> 同居の親族（ ）
	住所・所在地及び電話番号	（ ） -		<input type="checkbox"/> 本人から委任された者 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設（地域密着型を含む） <input type="checkbox"/> 特定施設（地域密着型を含む） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者
被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日		
	住所			
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項・概況調査） <input type="checkbox"/> 主治医意見書		（市処理欄） 複写面数 単価 計 面×10円＝ 円	

※ 依頼者が、被保険者でない場合は、次の被保険者同意欄に被保険者本人により依頼者との関係を証してもらうとともに当該被保険者の署名を受けてください。

【被保険者同意欄】

私は、上記の依頼者が下記の者であることを証するとともに、鹿児島市が保有する私の上記資料について、依頼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・介護保険施設・特定施設・認知症対応型共同生活介護事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防支援事業者
- 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・特定施設・認知症対応型共同生活介護事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防支援事業者
- 私の介護予防支援について介護予防支援事業者から委託を受けた居宅介護支援事業者
- 私と同居の親族（ ）
- その他（ ）

被保険者署名

※以下の各欄は記入する必要がありません。

本人確認書類	A 次のうちいずれか1点	1 個人番号カード（マイナンバーカード） 2 運転免許証 3 旅券（パスポート） 4 身分証明書（官公庁が発行する写真付きで氏名、生年月日が記載されたもの）
	イ 次のうちいずれか2点（a+b又はa+a）	a 5 介護保険被保険者証 6 医療保険各法に基づく医療保険の資格が確認できるもの 7 共済組合員証 8 私立学校教職員共済加入者証 9 厚生年金保険年金証書（手帳） 10 船員保険年金証書（手帳） 11 国民年金年金証書（手帳） 12 共済年金証書 13 恩給証書 14 要介護認定等の情報（資料）提供に係る依頼書に押印した印の印鑑登録証明書 15 写真なしの住民基本台帳カード
		b 次のうち写真が貼ってあるもの 16 会社の身分証明書 17 学生証 18 官公庁が発行した資格証明書

番号等：

B 後见人等	ア 本人の後见人等であることを証明する登記事項証明書
--------	----------------------------

※ 後见人等本人は、Aで確認し、更に上記Bの書類の提出または提示が必要

C 本人と同居の親族	ア 本人と同居の親族であると確認のできる書類
------------	------------------------

※ 親族本人は、Aで確認し、更に上記Cのうちいずれかの書類の提出または提示が必要

D 本人から委任を受けた者	ア 本人の署名・押印の委任状
---------------	----------------

※ 委任を受けた者本人は、Aで確認し、更に上記Dの書類の提出が必要

E 居宅介護支援事業者	ア 居宅介護支援事業者の職員その他従業者であることを確認できる証明書
-------------	------------------------------------

※ 居宅介護支援事業者の職員その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Eの書類の提出または提示が必要

F 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設	ア 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の職員その他従業者であることを確認できる証明書
-------------------------	--

※ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設職員その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Fの書類の提出または提示が必要

G 特定施設又は地域密着型特定施設	ア 特定施設又は地域密着型特定施設の職員その他従業者であることを確認できる証明書
-------------------	--

※ 特定施設又は地域密着型特定施設職員その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Gの書類の提出または提示が必要

H 認知症対応型共同生活介護事業者	ア 認知症対応型共同生活介護事業者の職員その他従業者であることを確認できる証明書
-------------------	--

※ 認知症対応型共同生活介護事業者職員その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Hの書類の提出または提示が必要

I 小規模多機能型居宅介護事業者	ア 小規模多機能型居宅介護事業者の職員その他従業者であることを確認できる証明書
------------------	---

※ 小規模多機能型居宅介護事業者職員その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Iの書類の提出または提示が必要

J 介護予防支援事業者	ア 介護予防支援事業者の職員その他従業者であることを確認できる証明書
-------------	------------------------------------

※ 介護予防支援事業者その他従業者本人は、Aで確認し、更に上記Jの書類の提出または提示が必要

遵守事項

<ol style="list-style-type: none"> 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、施設サービス計画、地域密着型施設サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「介護サービス計画」という。）の作成以外の目的には使用しません。 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく他者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、私の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した事項を遵守する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、提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、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。 私は、本人との介護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。）を責任をもって廃棄します。 私は、鹿児島市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。

（注）上記の遵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場合があります。