

要介護認定等の情報提供に係る申出書

令和 年 月 日

(あて先)大阪市 区保健福祉センター所長

私は、次により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報の提供を申出ます。  
なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約します。

|     |                        |           |        |                                                                                                                                                                          |
|-----|------------------------|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申出者 | 氏名                     |           | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人(成年後見人または任意後見人)<br><input type="checkbox"/> 任意代理人<br><input type="checkbox"/> 親族( )<br><input type="checkbox"/> 介護保険事業者<br>(指定事業種別を記載)<br>( ) |
|     | 事業者名<br>代表者または<br>管理者名 |           |        |                                                                                                                                                                          |
|     | 事業者番号                  |           |        |                                                                                                                                                                          |
|     | 住所<br>(所在地)            | 連絡先 ( ) - |        |                                                                                                                                                                          |

|          |                                                                                                                              |                          |                                          |                           |                  |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|---------------------------|------------------|--|
| 被保険者     | 氏名                                                                                                                           |                          |                                          | 被保険者番号                    |                  |  |
|          | 生年月日                                                                                                                         | 明・大・昭 年 月 日              | 性別                                       | 男・女                       |                  |  |
|          | 住所                                                                                                                           | 大阪市 区                    |                                          |                           |                  |  |
|          | ※ 要介護<br>状態区分                                                                                                                | 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5 | ※ 認定<br>有効期間                             | 令和 年 月 日<br>~<br>令和 年 月 日 | ※認定日<br>令和 年 月 日 |  |
| 提供<br>目的 | <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画作成及び<br>介護予防ケアマネジメントのため                                                               |                          | <input type="checkbox"/> 施設サービス計画等の作成のため |                           |                  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定に関する相談などのため                                                                                |                          |                                          |                           |                  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームへの入所申込みのため                                                                                 |                          |                                          |                           |                  |  |
| 提供<br>情報 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 ( <input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項 ) |                          |                                          |                           |                  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 主治医意見書                                                                                              |                          |                                          |                           |                  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 審査判定議事録(本人関連部分のみ)                                                |                          |                                          |                           |                  |  |

※はわかる場合のみ記載

【本人証明欄】

私は、申出者が次の者であることを証明するとともに、大阪市が保有する私の前記情報について、  
申出者に提供することに同意します。

- ☐私の親族( )
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者
- ☐私と契約を締結した地域包括支援センターと委託契約(一部委託)を締結した又は契約予定の居宅介護支援事業者
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の複合型サービス事業者
- ☐私と契約を締結した介護保険施設事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した地域密着型介護老人福祉施設事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した地域密着型特定施設入居者生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)

本人氏名

遵守事項

- 1 私は、提供を受けた被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）または本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を情報の提供を申出た目的（以下「提供目的」という。）以外の目的に使用しません。
- 2 私（親族、居宅介護支援・介護予防支援事業者（地域包括支援センターまたは介護予防支援事業の指定を受けた事業者）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者、複合型サービス事業者、介護保険施設事業者、地域密着型介護老人福祉施設事業者、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者、（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者（以下「居宅介護支援事業者・介護保険施設事業者等」という））は、提供目的で本人情報を本人以外の者に、知らせ若しくは提供する場合であっても、本人の同意を得て行います。私は、提供目的で親族情報を当該親族以外の者に、知らせ若しくは提供する場合であっても、当該親族の同意を得て行います。私（居宅介護支援事業者・介護保険施設事業者等）は、文書による同意を得て行います。
- 3 私は、提供され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ます。私（親族、居宅介護支援事業者・介護保険施設事業者等）は、提供資料を紛失または破損した場合、直ちに大阪市（区保健福祉センター（介護保険））に連絡し、その指示に従います。
- 4 私は、大阪市（区保健福祉センター所長）から、提供資料の提示、提出または返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。
- 5 私（居宅介護支援事業者・介護保険施設事業者等）は、主治医意見書について情報提供を受けた場合、診療上の支障が生じる可能性があるため、私以外の者（本人を含む。）に知らせ若しくは提供しません。
- 6 私（居宅介護支援事業者・介護保険施設事業者等）は、私に所属する者またはかつて所属していた者が、前記の規定 1 から 5 を遵守するよう必要な措置を講じます。

※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。

情報提供制度の概要について

| 提供目的       |           | 居宅（介護予防）サービス計画、介護予防ケアマネジメント及び施設サービス計画等作成のため                            | 要介護認定に関する相談などのため | 特別養護老人ホームへの入所申込みのため                                    |
|------------|-----------|------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------|
| 申出者        |           | 本人、親族、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者（地域包括支援センターまたは介護予防支援事業の指定を受けた事業者）及び介護保険施設事業者等 | 本人・親族            | 本人・親族・居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・複合型サービス事業者、施設サービス等提供事業者 |
| 提供情報<br>※1 | 認定調査票     | ○                                                                      |                  | ○<br>（基本調査のみ）                                          |
|            | 主治医意見書    | ○ ※2・※3                                                                | ○ ※3             | ×                                                      |
|            | 介護認定審査会資料 | ×                                                                      | ○                | ×                                                      |
|            | 審査判定議事録   | ×                                                                      | ○                | ×                                                      |

- ※1 申出者が本人以外の場合は、「要介護認定等の情報提供にかかる申出書」の本人証明欄に本人同意のうえ氏名を記名しなければならない。また、任意代理人の場合は委任状（委任状の印は実印）を添付かつ委任状に押印された実印の印鑑登録証明書の添付または本人の本人確認書類（本人に対し一に限り発行される書類）の写しの添付のいずれかが必要。
- ※2 居宅（介護予防）サービス計画、介護予防ケアマネジメント及び施設サービス計画等の作成のため、主治医意見書を情報提供する場合は、「本意見書が介護サービス計画作成等に利用されること」に主治医が同意しない旨の記載があれば情報提供を行いません。
- ※3 主治医意見書を本人・親族に情報提供する場合は、診療上の支障の有無について、主治医に改めて照会し、支障が生じない場合にのみ行います。