

(別記様式第3号)



個人情報外部提供申請対象者一覧表(介護保険被保険者分以外)

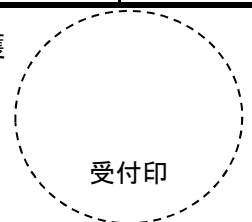
受取希望窓口

<input type="checkbox"/> 生活福祉課	<input type="checkbox"/> 松永保健福祉課	<input type="checkbox"/> 北部保健福祉課	<input type="checkbox"/> 東部保健福祉課
<input type="checkbox"/> 神辺保健福祉課	<input type="checkbox"/> 新市支所	<input type="checkbox"/> 沼隈支所	

		不要な資料		提出物		目的		直近以外	
1	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
2	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
3	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
4	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
5	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
6	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
7	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
8	被保険者番号	H 5 0 1	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> サービス計画 <input type="checkbox"/> 予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日 認定分	
	名前	住所		<input type="checkbox"/> 主治医意見書					

個人情報外部提供に関し、先に申請し承認の決定を受けた上記の者に対する要介護認定等に係る個人情報を、内容に相違の無いことを確認の上、受け取りました。

事業所名 _____ 受取日 _____ 年 月 日
 登録電話番号 _____ 受取人 _____



申請に係る必要書類		はい	いいえ
1	本人は介護保険被保険者	介護保険担当窓口でご確認ください (介護保険の被保険者ではない要保護者) この表や生活保護担当窓口でご確認ください	
2	個人情報外部提供決定通知を生活福祉課から受けている	<input type="checkbox"/>	個人情報外部提供決定通知書の写し(注1) <input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	要介護認定等に係る 個人情報外部提供申請書(注2)
		<input type="checkbox"/>	個人情報外部提供申請対象者一覧表(必須)
4	2017年3月31日以前の認定申請にかかる資料提供申請	(1が「いいえ」の場合)介護保険被保険者と異なり、 従前から認定申請書で同意を得ているため、これのみの理由で同意書を求める事はありません。	
5	本人とサービス提供契約済み	<input type="checkbox"/>	契約書の写し (本人提出のサービス利用票で契約済みだと分かる場合は省略可) <input type="checkbox"/>
6	介護予防支援に係る委託を受けている	<input type="checkbox"/>	同意書 (委託契約締結予定の場合)同意書
7	サービス計画作成、又は介護予防ケアマネジメント以外の目的での申請	<input type="checkbox"/>	同意書 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	上記以外に追加の必要物なし

※注1:介護保険課と異なり、個人情報の受取時ではなく個人情報外部提供申請対象者一覧表の提出時に決定通知書の写しを添付する必要があります。

※注2:個人情報外部提供決定通知を受けていない者は、まず個人情報外部提供申請書のみを提出し、同決定通知書を受けてから一覧表を提出する必要があります。緊急と認められる場合にのみ申請書と一覧表の同時提出が可能です。ご不明な場合はお問い合わせください。

上記でチェックのついた全ての書類が必要になります。

個人情報の受取について

顔写真入りの身分証等を提示し、個人情報外部提供決定通知を受けた者の役員等又は従業者であることを証する必要があります。また、介護サービス計画の作成担当者でなければ個人情報をお渡しできません。