

基本チェックリスト実施結果等に係る資料提供申出書

年 月 日

島本町長 様

基本チェックリスト実施結果等に係る被保険者の情報について、資料提供を申し出ます。

なお、提供を受けた資料については、下記の遵守事項を守り、適正な取扱い及び管理を行うことを誓約します。

申出者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者等はその名称			<input type="checkbox"/> 本人との続柄 ()
	住所 (所在地)			<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
			電話	
被保険者	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日		
	住所			
資料	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト概況票	利用目的		
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト特記事項	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()		

[遵守事項]

1. 提供を受けた資料は、申出書に記載した目的以外には、一切使用してはならない。
2. 提供を受けた資料は、本人の同意又は親族等の同意を得ることなく、他の者に知らせ、若しくは提供してはならない。
3. 提供を受けた資料は、複写又は複製してはならない。
4. 提供を受けた資料は、紛失等しないよう厳重に管理・保管するとともに、目的達成後は、申出者が責任をもって廃棄する。
5. 提供を受けた資料は、本人又は島本町から返還を求められた際は、すみやかに返還する。

(別紙)

被 保 険 者	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日		
	住所			
	資料	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト概況票 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト特記事項	利用目的 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日		
	住所			
	資料	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト概況票 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト特記事項	利用目的 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日		
	住所			
	資料	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト概況票 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト特記事項	利用目的 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日			
住所				
資料	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト概況票 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト特記事項	利用目的 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()		