様式第１号（第１１条関係）

年　　月　　日

別府市介護情報共有サービス事業責任者 あて

所在地
法人名称
代表者名

別府市介護情報共有サービス利用申請書

別府市介護情報共有サービスの利用について、別府市介護情報共有サービス実施要綱（以下「本要綱」という。）第１１条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、利用に当たっては、本要綱及び裏面記載の遵守事項を遵守します。

記

１ 介護事業所番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２ 利用組織名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３ 利用組織所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４ 利用組織管理者

役職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ふりがな）
氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※原則として、代表者を利用組織管理者としてください。

５ 電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６ ＦＡＸ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７ メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

８ インストール台数：計＿＿台（PC＿＿台、タブレット＿＿台、スマホ＿＿台）

９ 利用組織種別（※該当するものにチェック）

□地域包括支援センター □居宅介護支援事業所 □居宅サービス提供事業者 □施設サービス事業者

１０ 利用職種（※該当するものに全てチェック）

□ケアマネジャー □保健師／看護師 □社会福祉士 □計画作成担当者 □生活・支援相談員 □訪問事業・サービス提供責任者

遵 守 事 項

別府市介護情報共有サービス（以下「本サービス」という。）の利用に当たり、次に掲げる事項を遵守することを誓約します。

(1)　本サービスを通じて入手した介護情報等（以下「入手介護情報等」という。）を当該関係組織の業務及び関係する利用組織との情報共有以外の目的には使用しないこと。

(2)　当該関係組織の従業者又は従業員であった者が前号に規定する禁止行為を行わないよう必要な措置を講じること。

(3)　対象者の同意を得ることなく、入手介護情報等を当該関係組織の業務及び関係する利用組織との情報共有以外の目的で、複写又は複製をしないこと。

(4)　入手介護情報等を厳重に管理し、紛失又は破損をしないよう適正な保管に努めるとともに、紛失又は破損をしたときは、直ちに市に報告し、その指示に従うこと。

(5)　対象者との契約関係が終了したときその他入手介護情報等を保有する必要がなくなったときは、速やかに当該入手介護情報等（複写又は複製したものを含む。）を責任を持って破棄すること。

(6)　市から、入手介護情報等の提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。

（注）上記に違反した場合、本システムの利用ができなくなる場合があります。

様式第２号（第１１条関係）

年　　月　　日

様

別府市介護情報共有サービス事業責任者

別府市介護情報共有サービス利用許可通知書

年　　月　　日付けで申請のありました別府市介護情報共有サービスの利用について、別府市介護情報共有サービス実施要綱第１１条第２項の規定により、下記のとおり許可します。

記

１　利用組織名

２　利用組織管理者

３　許可条件

４　利用組織管理者用仮ログインＩＤ・仮パスワード

５　利用組織管理者用電子証明書インストールキー

様式第３号（第１１条関係）

年　　月　　日

別府市介護情報共有サービス事業責任者 あて

所在地
法人名称
代表者名

別府市介護情報共有サービス利用申請書記載事項変更届

別府市介護情報共有サービスの利用について、別府市介護情報共有サービス実施要綱第１１条第３項の規定により、下記のとおり「別府市介護情報共有サービス利用申請書」の記載事項の変更を届け出ます。

記

利用組織名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当箇所のみ、変更後の内容を記載してください。

１　介護事業所番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　利用組織所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３　利用組織管理者

役 職 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ふりがな）

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４　電　話　番　号　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５　Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６　メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７　インストール台数：計＿＿台（PC＿＿台、タブレット＿＿台、スマホ＿＿台）

８　利用組織種別（※該当するものにチェック）

□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□居宅サービス提供事業者 □施設サービス事業者

９　利用職種（※該当するものに全てチェック）

□ケアマネジャー　□保健師／看護師　□社会福祉士 □計画作成担当者　□生活・支援相談員　□訪問事業・サービス提供責任者

様式第４号（第１１条関係）

年　　月　　日

別府市介護情報共有サービス事業責任者　あて

所在地
利用組織名
利用組織管理者氏名

別府市介護情報共有サービス利用停止（廃止）届出書

別府市介護情報共有サービスについて、　　年　　月　　日付けで利用を停止（廃止）しますので、別府市介護情報共有サービス実施要綱第１１条第４項の規定により届出します。

様式第５号（第１２条関係）

年　　月　　日

別府市介護情報共有サービス事業責任者 あて

所在地

利用組織名

利用組織管理者名

別府市介護情報共有サービス利用組織管理者ＩＤ等復旧依頼書

別府市介護情報共有サービスの利用について、別府市介護情報共有サービス実施要綱第１２条第４項の規定により、下記の理由により利用組織管理者ＩＤ・パスワード又は電子証明書の復旧を依頼します。

記

復旧対象：利用組織管理者ＩＤ　　パスワード　　電子証明書

（復旧が必要な理由）

様式第６号（第１５条関係）

別府市長　あて

同意書

私は、別府市介護情報共有サービス（以下「本サービス」という。）に関する内容について説明を受け、その目的及び利用方法などを理解した上で、別府市及び利用組織が保有する私の介護、見守り及び日々の生活状況に関する情報について、他の目的に使用されないことを条件として、本サービスへ提供され、各利用組織が各々の資格に応じて閲覧することに同意します。

※利用組織とは、介護事業所等で、本サービスの利用を別府市に申請し、許可されたものをいいます。

年　　月　　日

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者　＿＿＿＿＿＿（続柄：＿＿＿）

生年月日　＿＿＿＿＿年　　月　　日＿＿＿＿

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■代理人　**※同意者が代理人の場合のみ記入**

代理人氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄：　＿＿＿＿＿＿＿＿）

代理人住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■提出者記入欄（※本同意書を別府市に提出した者）

本人との関係　□本人　□介護保険事業者　□地域包括支援センター
□親族（　　）　□その他（　　）

※提出者が本人の場合、下記について記入は不要です。

事業所番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

提出者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿

入所年月日　＿＿＿＿＿年　　月　　日＿（施設の場合）

説 明 事 項

1　別府市介護情報共有サービス（以下「本サービス」という。）とは、ご本人やご家族の同意のもと、ご本人の介護、見守り及び日々の生活状況について、介護に係る関係者（以下「利用組織」という。）が情報システムを通して共有することにより、より効率的に質の高いケアサービスの提供を目的とするものです。

2　本サービスで共有される情報（以下「ヘルスケア情報」という。）は、以下のものになります。

（１）介護保険資格情報（ご本人の氏名、年齢、生年月日、被保険者番号、負担割合など）

（２）要介護認定情報（要介護度、訪問調査結果、主治医意見書、特記事項など）

※以下は、必要に応じて共有される場合があります。

（３）緊急連絡先

（４）介護サービス計画書、サービス利用票・提供票

（５）訪問看護報告書・指示書

（６）バイタルサイン（体温・血圧・心拍など）

（７）写真や動画を含む、日々の生活状況の記録

（８）その他利用組織の保有する情報

3　ヘルスケア情報の閲覧は、ご本人が介護保険制度を使って利用される利用組織に対して許可され、さらにこの利用組織は必要に応じて閲覧可能な利用組織の追加又は変更を行います。

4　ご本人やご家族からのお申し出により、いつでもヘルスケア情報の共有を停止することができます。

様式第７号（第１６条関係）

年　　月　　日

別府市長　あて

同意撤回書

私は　　年　　月　　日付けで、別府市介護情報共有サービスでの私の情報の提供及び共有について同意しておりましたが、別府市介護情報共有サービス実施要綱第１６条第１項の規定により、当該同意を撤回いたします。

記

１　住所

２　氏名

３　生年月日　　年　　月　　日

４　電話番号

５　介護保険被保険者番号

※代理人の場合のみ記入
代理人住所
代理人氏名　（本人との関係：　　）
電話番号