

加古川市介護保険事業における死者の介護保険情報の提供に関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、市が保有する介護保険情報のうち、死者に関する介護保険情報の提供依頼があった場合の取扱いに関し、その基本的事項を定めることにより、適切な情報提供に努めることを目的とする。

(提供する情報の範囲)

第2条 提供する情報の範囲は、当該死者に関して市が取得し、又は作成した加古川市介護認定審査会に係る介護保険調査票、主治医意見書、介護保険要介護・要支援認定申請書及び介護保険認定結果通知書のうちの必要な書類とする。

(情報提供を求められることができる者)

第3条 死者に関する介護保険情報の提供を申し出ることができる者（以下「申出者」という。）は、当該死者の配偶者、子、父母又はこれらに準ずる者とする。

(情報提供の手続)

第4条 申出者は、死者に関する介護保険情報提供申出書（様式第1号。以下「申出書」という。）を市長宛てに提出する。

2 申出者は、申出の際、次に掲げる書類のいずれかであって申出者の氏名及び住所又は居所が記載されているもの並びに戸籍法（昭和22年法律第224号）第10条に規定する戸籍謄本等などにより、死者の死亡が確認できる書類及び死者との戸籍関係が確認できる書類を提出し、又は提示しなければならない。

(1) 運転免許証

(2) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第7項に規定する個人番号カード

(3) 健康保険の被保険者証

(4) 出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）第19条の3に規定する在留カード

(5) 前各号に掲げるもののほか、市長が認める書類

3 市長は、申出書を受け付けた日から15日以内に、提供の可否等について決定し、申出者に対して死者に関する介護保険情報提供回答書（様式第2号。以下「回答書」という。）により遅滞なく通知するものとする。ただし、やむを得ない理由により、当該期間内に決定することができないときは、申出書を受け付けた日の翌日から起算して30日を限度として、その期間を延長することができる。この場合において、市長は、速やかに延長の理由を申出者に通知するものとする。

4 情報提供は、回答書により指定する日時及び場所において行う。その際、申出者は、申出の際と同様に、第2項各号に掲げるいずれかの書類を提出し、又は提示しなければならない。

（情報提供しない場合）

第5条 市長は、提供の申出があった情報に、申出者及び申出に係る死者に係る個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第78条各号に定める不開示情報に該当する内容が含まれている場合は、当該内容について提供しないこととする。

2 市長は、前項に規定するもののほか、提供の申出があった情報を提供することが不適切であると認める相当な理由があるときは、情報提供を行わないことができる。

（情報提供の方法）

第6条 情報提供は、口頭による説明又は閲覧とする。ただし、特に必要な場合は、提供する情報の写しを交付することができる。

（情報提供に係る事務の執行）

第7条 情報提供に係る申出書の受付その他の事務は、介護保険課において行う。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

死者に関する介護保険情報提供申出書

年 月 日

加古川市長 様

氏 名

請求者 住所又は居所

電 話 番 号

加古川市介護保険事業における死者の介護保険情報の提供に関する要綱第4条第1項の規定により、次のとおり死者に関する介護保険情報の提供を申出ます。

提供に係る死者に関する介護保険情報の内容	(提供する死者に関する介護保険情報が特定できるよう具体的に記入してください。)	
提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()	
提供を求める本人の氏名及び住所又は居所	住所又は居所	
	氏 名	
提供を求める本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> これらに準ずるもの(続柄)	

【処理欄】 (記入しないでください。)

申 出 者 本人等確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	
戸籍関係確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 除籍謄本等 <input type="checkbox"/> その他 ()	
備 考		受付印

注1 申出の際は、申出者自身であることを示す書類（運転免許証、個人番号カード、健康保険被保険者証等）を提示してください。

2 申出の際は、死者の死亡が確認できる書類及び死者との戸籍関係が確認できる書類（戸籍謄本等）を提出し、または提示してください。

死者に関する介護保険情報提供回答書

加介第 号
年 月 日

様

加古川市長

㊟

年 月 日付けで申出のありました死者に関する介護保険情報については、加古川市介護保険事業における死者の介護保険情報の提供に関する要綱第4条第3項の規定により、次のとおり提供することを決定したので、回答します。

申出に係る死者に関する介護保険情報の内容	死者に関する介護保険情報の内容	
情報提供の日時及び場所	日 時 場 所	年 月 日 () 時 分
提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()	
所 管 課		
備 考		

注 1 死者に関する介護保険情報の提供を受ける際には、この回答書を係員に提示してください。

2 指定された日時に来庁できない場合は、あらかじめ所管課に連絡してください。