

契約書と一緒に提出してください

記載例

(第3条関係一)

令和●年●月●日

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 **高松市●●町●●番地●**

法人名称 **社会福祉法人 ■■■■**

代表者職氏名 **理事長 ▲▲ ▲▲**印

指定居宅介護支援事業所名

■■■■居宅介護支援事業所

理人社
事○会
長○福
之○祉
印○法

令和6年度個人情報の取扱いに係る作業責任者及び作業従事者に関する届(新規)

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務における個人情報の取扱いに係る作業責任者及び作業従事者について、次のとおり届けます。

作業責任者及び作業従事者が変更となった場合は、委託者に報告します。

1 作業責任者

役職	氏名
管理者	桜町 一太郎

2 作業従事者 2名

N0	介護支援専門員番号	介護支援専門員氏名	備考
1	371●○●11	桜町 花子	新
2	371●○●12	桜町 市子	
3	新規採用等で前年度に介護支援専門員証写しの提出がない場合は、備考欄に「新」と書き、写しの添付をお願いします。 前年度以前に写しを提出した方で、新年度当初に有効期間が切れていない場合や、同一法人内で職場が変更している場合は新たに写しの提出は不要です。前年度の職場名を欄外に鉛筆で書いてください。 (注)今年度内に有効期間が切れる場合は、期間が切れる前に新たに更新した介護支援専門員証写しの再提出をお願いします。		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※ 作業従事者については、介護支援専門員証の写しを添付してください。

変更時に提出してください

記載例

(第3条関係一2)

令和●年●月●日

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 高松市●●町●●番地●

法人名称 社会福祉法人 ■■■■

代表者職氏名 理事長 ▲▲ ▲▲印

指定居宅介護支援事業所名



■■■■居宅介護支援事業所

令和6年度個人情報の取扱いに係る作業責任者及び作業従事者に関する届(変更)

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務における個人情報の取扱いに係る作業責任者及び作業従事者の変更について、次のとおり届けます。

1 作業責任者 (変更: **あり** / なし)

役職	氏名	変更前氏名
管理者	高松 市雄	桜町 一太郎

2 作業従事者 (変更: **あり** / なし)

N0	介護支援専門員番号	介護支援専門員氏名	異動日	備考
1	371●○●14	高松 三郎	6/30	退職のため追加 削除
2	371●○●11	桜町 花子	6/15	採用のため追加 削除
3	371●○●12	桜町 市子	6/15	異動のため追加 削除

(注) 備考欄が“追加”の場合は、介護支援専門員証写しの提出が必要です。なお、同一法人内で職場が変更している場合は新たに写しの提出は不要です。変更前の職場名を欄外に鉛筆で書いてください。

(注) 今年度内に有効期間が切れる場合は、期間が切れる前に新たに更新した介護支援専門員証写しの再提出をお願いします。

10 / のため追加 **削除**

- ※ 変更の届出の際は、作業に従事しなくなった場合のみ、備考欄に理由を記載してください。
- ※ 追加となった作業従事者については、介護支援専門員証の写しを添付してください。

契約書と一緒に提出してください

記載例

(第4条関係)

令和●年●月●日

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 高松市●●町●●番地●

法人名称 社会福祉法人 ■■■■

代表者職氏名 理事長 ▲▲ ▲▲印

指定居宅介護支援事業所名

■■■■居宅介護支援事業所

理人社
事福
長之
印社
法

令和6年度個人情報を取扱う場所に関する届

(新規) 変更 (令和 年 月 日)

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務に係る個人情報を取り扱う作業場所について、次のとおり届けます。

所在地番・建物の名称等	作業の内容
住所：高松市●●町●●番地● 事業所名： ■■■■居宅介護支援事業所 他、利用者等が指定する場所	介護予防支援業務及び 介護予防ケアマネジメント業務

変更時に提出してください

記載例

(第4条関係)

令和●年●月●日

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 高松市●●町●●番地●

法人名称 社会福祉法人 ■■■■

代表者職氏名 理事長 ▲▲ ▲▲印

指定居宅介護支援事業所名

■■■■居宅介護支援事業所



令和6年度個人情報を取扱う場所に関する届

(新規/変更) 令和●年●月●日

実際に変更する月日

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務に係る個人情報を取り扱う作業場所について、次のとおり届けます。

所在地番・建物の名称等	作業の内容
住所：高松市●●町●●番地● 事業所名： ■■■■居宅介護支援事業所 他、利用者等が指定する場所	介護予防支援業務及び 介護予防ケアマネジメント業務

記載例

委託依頼者に係る外部提供資料を事業所の担当者様が実際に確認した日を記入してください。

(※外部提供資料は、極力、地域包括支援センターが提供した日に確認してください。)

令和●年●月●日

(第7条関係)

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 高松市●●町●●番地●

法人名称 社会福祉法人 ■■■■

代表者職氏名 理事長 ▲▲ ▲▲

指定居宅介護支援事業所名

■■■■居宅介護支援事業所

担当者氏名 高松 桜子 **高松印**

個人情報の内容を確認した方が複数の場合は、代表者の氏名を記載してください。

個人情報預り証

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務に係る個人情報を次のとおり受領いたします。

包括からお渡しした委託依頼書右肩の日付(発送番号下)をご記入ください。

個人情報の内容 ※媒体名・数量・資料名・情報の詳細等	令和●年●月●日付 高地包第C ■■ 号
	委託依頼書及び別紙に基づく委託依頼者●●名分
	【媒体】 USBメモリ及び文書
	【内容】
	・外部提供資料(主治医意見書・認定調査書)
	但し、事業対象者については、外部提供資料を除く、被保険者番号、氏名、住所とする。

※ 個人情報預り証は、委託依頼書1枚毎に御提出ください。

(第16条関係)

令和●年●月●日

(宛先) 高松市長

受託者 法人住所 高松市●●町●●番地●
 法人名称 社会福祉法人 ■■■■
 代表者職氏名 理事長 ▲▲ ▲▲
 指定居宅介護支援事業所名
 ■■■■居宅介護支援事業所

事故報告書

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務に係る、個人情報の漏えい等の事故が（発生しました~~（発生するおそれがあります）~~）ので、次のとおり報告します。

発生日時	令和●年●月●日 ●時 ●分
発生場所	高松市●●町 ■■■■
発生状況及び対応	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>いつ、どこで、何が、どうなったか、発生の原因、初期対応等詳細を記載してください。</p> </div>
対象個人情報の内容及び件数	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>対象者氏名、住所、被保険者番号、漏えいした際の媒体名（USBや文書等）、件数について詳細を記載してください。個人情報の対象者数が多い場合は、別紙での提出も可能です。</p> </div>