

参考資料

(運営管理・利用者支援)

目 次

- 1 秘密保持等誓約書
- 2 個人情報使用同意書
- 3 法定代理受領のお知らせ
- 4 相談・苦情受付等記録書
- 5 ヒヤリ・ハット報告書

特定非営利活動法人〇〇〇
理事長 △△ △△ 殿

秘密情報の保持に関する誓約書

私は、個人情報保護法、その他の関係法令、貴法人就業規則ならびに個人情報保護規定に従い、貴法人が取扱う利用者等の個人情報につき、以下の事項を遵守し、適正に取扱い、在職中はもちろん退職後も開示するような行為は一切致しません。

この誓約に違反した場合には、貴法人就業規則に従い懲戒処分を受けることに異議はありません。また、違反したことにより貴法人が被った一切の損害を賠償する義務があることを認めます。

1 秘密保持について

次に掲げる情報（以下「秘密情報という。」）について、貴法人の許可なく使用、貴法人あるいは貴法人外において、開示、提示もしくは漏洩しません。

- ① 業務上知りえた貴事業所の利用者及びその家族の情報や秘密事項
- ② 貴法人が秘密保持すべき対象と指定した情報
- ③ 貴法人の人事、経理、職員の情報等に関する情報

2 秘密情報の報告及び帰属について

秘密情報の創出又は取得に関わった場合には、遅滞なくその内容を貴法人に報告するとともに、貴法人が業務上作成したものであることを確認し、当該情報の帰属が貴法人にあることを確認いたします。また、当該情報について私に帰属する一切の権利を貴法人に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。

3 退職後の秘密保持について

秘密情報については、貴法人を退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束します。また、秘密情報が記載、記録されている媒体の複製物及び関係資料等がある場合には、退職時にこれを貴法人に全て返還もしくは廃棄し、自ら保有しません。

※本人同意日については、事前に記載をせず、実際に説明し、同意を得た上で、従業者本人に記載を求めること。

年 月 日

住所

氏名

個人情報使用同意書

事業所が、利用者と契約締結した
指定障害福祉サービス名を記載
してください。

私が、貴事業所の指定障害福祉サービス（ ）を利用
するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最
小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関連する
法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が
利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

2 使用に当たっての条件

- ア 個人情報の提供は、上記 1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供
の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- イ 事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等につ
いて、記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が、サービスを提供するために最
小限必要な利用者やその家族個人に関する情報
- イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または
識別されうる情報

4 使用する期間

令和 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

令和 年 月 日
指定障害福祉サービス事業者名
代表者名 様

代筆の場合、代筆者の住所、
氏名及び代筆理由を記載し
てください。

保護者又は立会人は、
代理人欄に署名して
ください。

【利 用 者】住所
氏名_____

【利用者代理人】住所
氏名_____ 続柄

【家 族 代 表 者】住所
氏名_____ 続柄

様

保護者等氏名

障害福祉サービス事業者名
代表者名

障害児入所給付費等の受領のお知らせ
(法定代理受領のお知らせ)

様

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは区市にお問い合わせ下さい。

記

サービス提供年月		令和 年 月
		※又は、令和 年 月 日～令和 年 月 日
サービス内容		〇〇型障害児入所施設 該当サービス名を記載
受 領 日		令和 年 月 日
代理受領金額		金 円
代理受領額の内訳	※ サービスに要した費用の全体の額 (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	障害児入所給付費等代理受領額 (A)－(B)	金 円

※ 別紙で明細書（確認リスト等）を添付する等（A）について計算過程を示してください。

相談・苦情受付等記録書

受付日	令和 年 月 日()	発生時期	年 月 日	受付No	
記入者			発生場所		
申 出 人	氏名(フリガナ)		住 所	Tel	
	利用者との関係	本人、親、子、その他()			
申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入				申出方法 1. 電話 2. 来訪 3. FAX 4. 郵送 5. 意見箱 6. その他()	
相談・苦情等の内容等					
備考					
申 出 人 の 要 望	☐ 話を聞いて欲しい ☐ 教えて欲しい ☐ 回答が欲しい ☐ 調査して欲しい ☐ 改めて欲しい ☐ その他()				
申 出 人 へ の 確 認	第三者委員への報告の要否 要 ☐ 否 ☐ 確認欄()				
	話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否 要 ☐ 否 ☐ 確認欄()				

想定原因	☐ 説明・情報提供不足 ☐ 職員の態度 ☐ サービス内容 ☐ 権利侵害
	☐ その他()
対応経過	
解 決 策	
結 果	

ヒヤリ・ハット報告書

報告者			記入年月日	年 月 日(曜日)	
利用者 (イニシャル)			年齢		サービスの種別
日 時	令和 年 月 日() 時 分				
発 生 場 所					
ヒヤリ・ハットの 種類	☐ 転倒・転落・つまづき・() ☐ 誤嚥・誤飲 ☐ 誤与薬 ☐ 無断外出 ☐ 行方不明 ☐ 暴力行為 () ☐ 事業所の事故(火災等) ☐ 交通事故 ☐ 権利侵害 ☐ その他()				
ヒヤリとした 内容 (具体的に)					
ヒヤリ・ハット時 の対応					
再発(未然)防止 のための改善策					
チェック欄	管理者		児童発達支援 管理責任者		安全管理 責任者