

介護認定審査資料等開示請求申請書

年 月 日

下 市 町 長 様

開 示 請 求 者	住 所	〒
	事業所名	
	請求者名	
	対 象 者 との関係	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()

下記の者の介護サービス計画（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント）を作成するために必要
 がありますので、要介護（更新）認定・要支援（更新）認定等に関する情報の提供を申し出ます。

なお、交付を受けた情報（以下「提供情報」という。）については、被保険者の個人情報であること
 に鑑み、下記事項を遵守すると共に私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

- ① 本人の介護サービス計画（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント）の作成及び良質な介護
 サービスの提供以外の目的に使用しないこと。
- ② 提供情報を本人及びその親族等の文書による同意を得ることなく、本人及びその親族以外の者に知
 らせ、又は提供しないこと。
- ③ 情報の交付を受けた場合は本人及びその親族等の文書による同意を得ることなく必要以上に当該情
 報を複写しないこと。
- ④ 本人と契約関係が終了したとき又は提供情報の写しを所持する必要がなくなったときは、速やかに
 情報の写しを責任を持って破棄すること。
- ⑤ 本人及びその親族等又は下市町から提供情報の使用状況の報告又は提供情報の写しの返還を求めら
 れたときは、速やかに応じること。ただし、主治医意見書の返還は下市町に限るものとする。
- ⑥ 主治医意見書を本人に開示する場合については、事前に主治医の同意を文書で得ること。

対 象 者	被保険者番号	
	被保険者氏名	
	住 所	下市町大字
提 供 内 容	請 求 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査 <input type="checkbox"/> 基本調査1～3のみ <input type="checkbox"/> 概況調査、特記事項を含む全て <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト
	対 象 時 期	<input type="checkbox"/> 最新認定に係る上記資料 <input type="checkbox"/> 年 月 日付認定に係る上記資料
	開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

(注) 上記遵守事項に違反した場合は、今後の情報提供が受けられなくなります。

担当課記入欄

担当者確認	要介護認定等申請書に、本人同意署名の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
	主治医意見書同意欄（意見書提供の場合）	<input type="checkbox"/> 可	・	<input type="checkbox"/> 不可
	基本チェックリストに、本人同意署名の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無

課 長	主 幹	補 佐	担 当