

要介護認定等資料閲覧等申出書

年 月 日

当別町福祉部介護課長 様

私は、下記により要介護認定等資料の閲覧等について申し出ます。
 なお、資料の閲覧等を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

| | | | | |
|------|------|--|--------|--|
| 申出者欄 | フリガナ | | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 親族() |
| | 事業者名 | | | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |
| | 施設名 | | | <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス事業者 |
| | 住所 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 介護保険施設 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター |
| | | | | <input type="checkbox"/> 医師又は調査員 |

| | | | | |
|-------|------|--|-------------------------------|---|
| 被保険者 | 氏名 | | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 住所 | 当別町 | | |
| 閲覧資料欄 | | <input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項) | <input type="checkbox"/> 閲覧 | |
| | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 写し提供 | |

[本人同意欄] ※本人が申請者である場合は以下の記載・署名は不要です。
 私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を行うことに同意します。

- 私の親族()
- 私と契約を締結した
 - 居宅介護支援事業者 居宅(介護予防)サービス事業者 介護保険施設
 - 認知症対応型共同生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所
 - 地域包括支援センター
- 私と契約を締結する予定の
 - 居宅介護支援事業者 居宅(介護予防)サービス事業者 介護保険施設
 - 認知症対応型共同生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所
 - 地域包括支援センター
- 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査をした調査員

本人署名 _____

| | | | |
|-----|----|----|---|
| 決裁欄 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | |

| | |
|-----|--|
| 交付日 | |
| / | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 |

| |
|----|
| 受付 |
| |

(裏面)

【遵守事項】

- 1 私は、閲覧等を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という。)の情報及び本人の親族の情報を、本人の介護サービス計画、介護予防サービス計画作成又は適切な介護(介護予防)サービス提供の目的以外には使用しません。
- 2 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、き損等を防止します。
- 3 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを責任を持って廃棄します。
- 4 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は当別町から当該資料の写しの提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

※ 資料の閲覧を受けた者が、上記【遵守事項】に違反した場合は、今後の資料の閲覧等が受けられなくなることがあります。