（様式第1号）

**要介護認定等情報開示申請書**

年 　 月　 　日

御　代　田　町　長　様

　下記により、介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について情報開示を申請します。なお、資料

提供を受けた際は、下記遵守事項を守り、資料を適正に管理することを約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏 名 |  | 被保険者との関係 | □本人（被保険者）  □家族・親族（本人との関係：　　　　　　）  □居宅介護支援事業所  □介護保険施設  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業者・施設名  (事業所の場合) |  |
| 住所または事業所の所在地 | 電話番号：　　　　　－　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和  　　　年　　 　月　　　 日 | |
| 性　別 | | | 男　　・　　女 | |
| 住　所 |  | | | | | | | |
| 情報開示資料 | □認定調査票  □主治医意見書  (主治医の同意がある場合のみ) | | 種　 別 | □閲覧  □写しの交付 | | 開示の目的 | □介護(予防)サービス計画作成のため  □その他 | | |
| 〈本人同意欄〉  私は、申請者が御代田町の保有する上記資料の情報開示を受けることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人署名 | | | | | | | | | |
| ＊受付確認  □運転免許証　　□パスポート　　□健康保険証　　□事業所発行の身分明書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 受付 |
|  |

|  |
| --- |
| 1.　提供を受けた被保険者（以下「本人」という）の情報（以下「本人の情報」という）を本人の居宅サービス又は施設サービス計画（以下「介護サービス計画」という）の作成以外に使用しません。また上記の目的の他、本人又は家族が必要とする場合以外は使用しません。  2.　本人情報を本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせることはしません、また、本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を介護計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。  3.　提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合には直ちに御代田町に連絡し、その指示に従い善処します。  4.　本人との居宅介護支援又は施設サービス提供に係る契約関係が終了した場合、その他提供を受けた資料を保持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、複製したものを含む）を責任持って破棄します。  5.　御代田町から提供資料の提示又は提出もしくは返還を求められたときには、いつでもこれに応じます。 |

遵守事項

（注）上記の遵守事項に違反した場合には、今後の資料提供についてお断りすることもあります。