様式第１号

介護保険要介護認定等の情報開示請求書（介護サービス計画）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　涌谷町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者（事業者等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　涌谷町介護保険要介護認定等に係る情報の開示等を定める要綱第２条の規定に基づき、介護保険要介護認定等に係る情報の開示を請求します。

記

　１　被保険者名

　２　被保険者番号

　３　開示内容（開示を求めるものに○をつけて下さい。）

　　　　１　認定調査票（概況調査）

　　　　２　認定調査票（基本調査）

　　　　３　認定調査票（特記事項）

　　　　４　主治医意見書（作成した医師の同意がある場合に限ります。）

　　　　５　一次判定結果票（町長が特に必要と認めた場合に限ります。）

　　　　　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　４　備　考

　　〔添付書類〕

　１．当該被保険者との契約書の写し（全部）

　２．当該被保険者の同意書

　３．情報の遵守に関する誓約書

　４．介護支援専門員証（写し）

　５．居宅介護支援事業者又は介護保険施設の従業者であることを確認できるもの（社員証等の写し）

誓　約　書

１　提供を受けた資料に係る情報は、当該情報に係る被保険者本人の介護サービス計画作成以外の目的のために使用いたしません。

２　提供を受けた資料に係る情報は、当該情報に係る被保険者本人の介護サービス計画作成に係る関係人以外の者へ漏らしません。

３　提供を受けた情報に係る漏えい及び改ざんの防止、その他適正な管理のため必要な措置を講じます。

　　　　　　年　　月　　日

　（事業者等）

　　住所

　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

同　意　書

　涌谷町長　殿

　私は、下記の請求者の対し涌谷町介護保険要介護認定等に係る資料の開示に同意します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　身元引受人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄　　　）

　　　　　（請求者）

　　　　　事業所等の

　　　　　所在地

　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印