様式第２号

介護保険要介護認定等の情報開示請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　涌谷町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者（被保険者本人等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主たる介護者等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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４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　当該被保険者名及び被保険者番号

　２　請求理由

　３　開示方法及び内容

　　　開示方法　１が閲覧、２が写しの交付(下記事項の1・2どちらかに○をつけてください。)

　　　１・２　認定調査票（概況調査）　　　１・２　主治医意見書

　　　１・２　認定調査票（基本調査）　　　１・２　一次判定結果票

　　　１・２　認定調査票（特記事項）　　　１・２　介護認定審査会の会議の記録

　　〔留意事項〕

　１　主たる介護者が請求人の場合は、これを証する申立書を添付してください。

　２　身元引受人が請求人の場合は、これを証する書類を添付してください。

　３　法定代理人が請求人の場合は、これを証する書類を添付してください。

　４　遺族等が請求人の場合は、これを証する書類を添付してください。

　５　主治医意見書の開示は、医師の同意がある場合に限ります。

情報開示に係る申立書

　　年　　月　　日

　涌谷町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる介護者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　私は、　　　　　　　　　　　　の状況を熟知し、介護を行っている主たる介護者であることを申立てします。

記

　　　　　１ 被保険者氏名

　　　　　２ 被保険者住所

　　　　　３ 被保険者本人が情報開示を請求できない理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |