要介護・要支援認定資料の情報開示申請書

年　　　月　　　日

南伊豆町長　様

　私は、次のとおり介護保険の被保険者に係る要介護・要支援認定資料の情報開示を申請します。なお、資料提供受けた際は私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　名 |  | 被保険者との関係 | □　地域包括支援センター  □　居宅介護支援事業所  □　介護保険施設  □　その他  （　　　　　　　　　　） | |
| 事　業　者  施　設　名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 住所又は  事業所所在地 | TEL： | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ケアプラン作成依頼届出状況 | | □　届出済  □　開示時提出  □　届出なし |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 請求対象 | □　最新認定分  □　過去認定分  （　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | 提供方法 | □　閲覧  □　写しの交付 | |
| 請求資料 | □　認定調査票  □　主治医意見書  （主治医同意がある場合） | | | | | | | | | | 開示目的 | □　計画作成のため  □　その他  （　　　　　　　　） | |
| ＜本人同意欄＞  私は、南伊豆町の保有する上記資料の情報開示を申請者が受けることに同意します。    本人署名  代筆者　　　　　　　　　　　　　続柄  　※ケアプラン作成届出提出が済んでいる場合は不要。 | | | | | | | | | | | | | | |

申請者の本人確認書類を添付すること。

申請受付から提供までに時間がかかることがあります。