介護保険要介護認定等資料の開示申請書

年 月 日

明 和 町 長 あて

被保険者からの介護サービス計画等作成の依頼に基づき、明和町が保有する要介護認定等資料の開示を申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料 を適正に管理することを約束します。

申	氏 名					職種又	は資格等	□介護∃□(支援専門	員	
1	居宅介護支援事業者または介護保険施設等の名称及び所在地										
請	◆法人の所在地										
113	◆ " 名 称								印		
者	◆ " 代表者										
欄	◆事業所の所在地										
们和	◆ " 名 称										
◆ 連絡先											
被保険者番号 被保険者氏名			請求資料			-	開示の方法				
				□認定調査票				□閲覧 □写し交付 □郵送			
								閲覧 □写し交付 □郵送			
					□認定結果通知書 □閲			閲覧 口写し交付 口郵送			
同意書											
										_	
被	ᇛᄯᇚᄦᅮᇀ	セー						3	年 月	日	
保険	明和町長	あて									
	映 者 私は、上記申請者が私の介護サービス計画等を作成するために必要があるときに の 私の要介護認定(要支援認定)に係る上記資料の開示に同意します。									トきは.	
										2 (0.0)	
同	<u> </u>										
意	被保険者の住所										
欄										г п	
	氏名 氏名 印										
└──											
		被保険	者口					□可			
者の確認 届出 口無 の原		の同意		口無の		口無	可否	口否			
å	受 付 日 年 月 日				開	示(写し	送付)日	年 月 日			
【開示資料】 決								夬 栽			
	白黒コピー作	ţ	<u>枚</u> ×10円=			<u> </u>	納付書	課長	係長	担当者	
•郵 送 料 <u>円</u> ⇔ □普通 □速達											

[※] 裏面の【遵守事項】並びに【注意事項】をご覧ください。

【 遵守事項 】

私及び私の属する事業所等の職員は、提供を受けた要介護認定等資料(以下「認定資料」という。)の取り扱いについて、次の事項を遵守することを約束します。

- 1 認定資料の開示を受けた者は、それにより知り得た情報を介護サービス計画の作成 以外の目的に使用しません。
- 2 認定資料は、厳重に管理し、第三者に情報が漏えいすることがないよう適正に保管 します。なお、主治医意見書の病名・投薬等の情報は、被保険者本人及びその親族に 対しても漏らしません。
- 3 認定資料は、当該被保険者との居宅介護支援又は施設サービス等の提供に係る契約 関係が終了したときは、すみやかに読解不能状態にして廃棄します。

【 注意事項 】

- 1. この申請書で情報提供の申請ができるのは、被保険者の①居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業者、②施設サービスを提供する介護保険施設、③認知症対応型共同生活介護事業者、④小規模多機能型居宅介護事業者、⑤特定施設入居者生活介護事業者に限ります。
- 2. 申請者が居宅介護支援事業者又は介護保険施設等の場合は、その身分を証するものの提示をお願いします。
- 3. 資料の開示に応じるのは、被保険者本人の資料の開示に関する同意がある場合に限ります。
- 4. 主治医意見書の写しの閲覧又は交付については、主治医が同意すると明記している場合に限ります。
- 5. 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料の開示が受けられなくなる場合があります。
- 6. 認定資料の写しの交付は、1件につき1部に限ります。
- 7. 認定資料の開示に係る手数料は、閲覧の場合は無料ですが、認定資料の写しの交付を希望される場合は、白黒コピー代1面に付き10円の実費手数料を負担していただきます。また、認定資料の写しをご希望の場合は、電話等での事前予約が可能です。
- 8. 遠方等の理由で、郵送による認定資料の写しの交付を希望される場合は、必要事項を記載した「開示申請書」、返信先を記載した「返信用封筒」、「返信用切手(90円分)」、居宅サービス計画作成依頼の届出書をまだ提出していない場合はその「届出書」を同封のうえ郵送してください。確認後、認定資料の写しを返信しますので、白黒コピー代1面に付き10円の実費手数料を速やかに納付してください。