

## 要介護認定資料開示請求書

上島町長 様

年 月 日

私は、次により介護保険の被保険者に係る要介護認定資料の開示を請求します。なお、資料の開示を受けた際は、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確約します。

請 求 者	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名				
	住 所	電話 — —			
	※該当する □にレ印を 記入してく ださい。(被 保険者との 関係)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 介護保険施設	
	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業所	<input type="checkbox"/> 法定代理人		
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護事業者				
	(事業者名) 事業者管理者 (担当者)  (所在地)				
申請者の確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他( )		
被 保 険 者	被保険者 番号			性別	男・女
	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名				
	住 所	〒			
提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項)				
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト				

**【本人同意書】**

私は、上島町が保有する私の要介護認定等の上記資料について、請求者に開示することに同意します。

- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター・介護保険施設・認知症対応型共同生活介護事業者・特定施設入所者生活介護事業者
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター・介護保険施設・認知症対応型共同生活介護事業者・特定施設入所者生活介護事業者
- 私の親族 ( )
- 法定代理人( )

本人署名 \_\_\_\_\_

又は 代筆者署名 \_\_\_\_\_ (続柄)

(裏面)

## 遵 守 事 項

- 1 私は、開示を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という。)の情報(以下「本人情報」という。)又は被保険者の親族の情報(以下「親族情報」という。)を本人の介護サービス計画の作成等以外の目的に使用しません。
- 2 私は、本人情報及び親族情報を本人の同意を得ることなく、本人以外の者に知らせ、若しくは提供し、又は親族情報を親族の文章による同意を得ることなく当該親族以外の者に知らせ、若しくは提供することはありません。
- 3 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記の1及び2に記した事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、本人の同意を得ることなく、開示を受けた資料を介護サービス計画の作成等以外の目的で複写し、又は複製しません。
- 5 私は、開示を受けた資料を厳重に管理し、紛失し、又は破損しないように適正に保管するとともに、開示を受けた資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 6 私は、本人との居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約関係が終了した場合、その開示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、又は複製したものを含む。)を責任を持って廃棄します。
- 7 私は、本人又は上島町から開示資料の提示又は提供若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合は、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。