介護保険認定情報開示申請書

介護保険認定情報開示申請書

年　　月　　日

　　　行橋市長　　　　　様

　　下記の者に関する介護サービス計画作成のため、認定情報の開示を申請します。

　　なお、この開示によって知りえた情報については、目的外に使用しないことを誓約し、守秘義務を遵守します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申　請　者 | 氏　　名 | 　 | □　本人□　家族（続柄　　　　　）□　介護支援専門員 |  |
|  | 事業所名 |  | □　指定居宅介護支援事業者□　指定介護保険施設 |  |
|  | 住所又は所在地 | 電話番号（　　　　　　　　） |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 開示対象者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |
|  | 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |  |
|  | 住所 | 電話番号（　　　　　　　　） |  |

※　申請者が、申請書に記載されている者であることを証明する書類を提示して下さい。

　［証明する書類］

　　①　申請者が本人である場合は、運転免許証、パスポート又は健康保険証等。

　　②　申請者が家族である場合は、①に加え、申請者と本人の関係を証明する書類（戸籍謄本、住民票又は両者の関係がわかる健康保険証等）。

　　③　申請者が介護支援専門員である場合は、事業者発行の身分証明書、運転免許証、パスポート又は健康保険証等に加え介護支援専門員認定証の写し。

※　主治医意見書の開示については、本人の同意に加え主治医の同意も必要です。主治医意見書の開示欄に、主治医の同意があれば開示しますが、同意がない場合は非開示となります。

※　郵送で申請される場合、①～③の書類（写し）に加えて切手を貼った返信用封筒を添付してください。（返送する認定情報はA4用紙5枚分となります）