

## 介護情報開示申出書

年 月 日

福津市長 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、開示されるよう申し出ます。

なお、開示を受けた認定調査票及び主治医意見書等の内容について介護サービス計画を作成する以外の目的に使用しないことを誓います。

申請者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族( ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 当該被保険者主治医 意見書作成医師 <input type="checkbox"/> その他( )
	事業者・施設名称			
	住所(所在地)	電話		

被保険者	氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所	福津市		
開示資料			開示方法	
<input type="checkbox"/> 認定調査票 (最新・前回・前々回・ )			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写	
<input type="checkbox"/> 主治医意見書 (最新・前回・前々回・ )			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写	
<input type="checkbox"/> 審査判定結果 (最新・前回・前々回・ )			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 口頭	

※審査判定結果の口頭(電話)での開示は、当該意見書を作成した医師のみ可能です。  
 ※郵送での依頼は、切手をはった返信用封筒を同封してください。複写は有料です。

〔本人同意欄〕

私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、福津市が保有する私の上記資料について、申請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・居宅介護サービス事業者・介護保険施設
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・居宅介護サービス事業者・介護保険施設
- 私の親族 ( )
- 当該被保険者主治医意見書作成医師
- その他 ( )

本人又は

代理人署名

(代理人の場合は続柄)

印