

介護認定等資料閲覧申出書

申 出 者 欄	フリガナ		本人 との 関係	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名	(印)		<input type="checkbox"/> 親族 ()
	事業者名 施設名			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
	住所	〒 - Tel - -		

被 保 険 者 欄	被保険者番号		生年月日	明・大・昭
	氏名			年 月 日
	住所	〒 - Tel - -		

閲 覧 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写し提供
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写し提供

閲覧等の目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 適切な介護（介護予防）サービスの提供 <input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため（提出先施設等：) <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

令和 年 月 日

上ノ国町長 様

上記のとおり要介護認定等資料の閲覧について申し出いたします。
 なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを誓約いたします。

【遵守事項】

1. 私は、閲覧等を受けた資料を本人の要介護認定に関する理解、本人の居宅サービス計画等作成、適切な介護サービス提供又は施設入所申込の目的以外には使用しません。
2. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、き損等を防止します。
3. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを、責任を持って廃棄します。
4. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は上ノ国町から当該資料の写しの提示または提出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。

<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p>私は、上記の申出者が次の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を受けることに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私の親族 () 2. 私の居宅サービス計画作成依頼届出をした居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター 3. 私と契約を締結した、又は締結する予定の居宅サービス事業者又は介護保険施設 <p style="text-align: right;">本人氏名 (印)</p>
--

※本人が申出者である場合は同意書の記載は不要です。