

介護保険要介護認定等個人情報開示請求書

令和 年 月 日

(宛先) 小牧市長

請求者 住 所
氏 名
電話番号
本人との関係 (事業所名)

次のとおり要介護認定等に係る個人情報の開示を請求します。

なお、資料の提供を受けた際は、遵守事項を守り、私の責任において資料を適正に管理することを約束します。

被 保 険 者	被保険者番号	生年月日 M・T・S 年 月 日
	氏 名	性 別 男 ・ 女
	住 所 電話番号	電 話 ー ー
提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査「特記すべき事項を含む」・基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録 <input type="checkbox"/> 二次判定結果 (原則、介護保険証を確認する。)	
開 示 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	

※ 請求者は、開示請求をすることができる者であることを証明する書類を提出してください。

【事業所・保険者確認欄】 ※下記のいずれかにチェックして下さい。

請 求 対 象	<input type="checkbox"/> 現在認定申請分 (認定申請日: 令和 年 月 日) ※認定結果が出るまでは、開示できません。
	<input type="checkbox"/> 認定済分(却下分含む) (認定年月日: 令和 年 月 日) ※却下分については、区分変更が却下された日を記入。