様式第1号の(2)(第4条関係)

介護保険認定関係情報開示請求書

　　年　　月　　日

　　浅口市長　　　　様

申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| 法人名及び代表者名 |  |
| 事業所名及び責任者名 |  |
| 事業の種別 |  |

　浅口市介護保険要介護認定関係情報開示規則(平成18年浅口市規則第108号)第4条の規定に基づき、介護サービス計画の作成のため、下記のとおり要介護・要支援認定について情報の開示を請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 | 電話 | | |
| 開示を求める文書  (該当文書に○) | 年　　月　　日認定に係る次の書類  ①　認定調査結果(特記事項含む。)  ②　一次判定結果  ③　認定結果通知書  ④　主治医意見書 | | |

様式第2号(第4条関係)

　　年　　月　　日

　　浅口市長　　　　様

申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| 法人名及び代表者名 |  |
| 事業所名及び責任者名 |  |
| 事業の種別 |  |

誓約書

1　浅口市介護保険要介護認定関係情報開示規則(平成18年浅口市規則第108号)第4条の規定に基づき提供を受けた次の情報は、介護サービス計画の作成以外の目的に使用しません。

2　提供を受けた情報は、個人のプライバシーに関する情報であることを十分認識し、その管理には細心の注意を払います。

3　提供を受けた情報は、当事業所で厳重に管理し、他の事業者に写しを交付しません。

4　指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者は、サービス担当者会議の場で他の者に情報を提示した場合は、会議終了後これを回収します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 | 電話 | | |
| 開示を受けた文書  (該当文書に○) | 年　　月　　日認定に係る次の書類  ①　認定調査結果(特記事項含む。)  ②　一次判定結果  ③　認定結果通知書  ④　主治医意見書 | | |
| 開示年月日 | 年　　　月　　　日 | | |