

介護情報開示申出書

年 月 日

福 津 市 長 あて

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 事業者・施設名称 代表者又は管理者		本 人 と の 関 係	☐ 本人 ☐ 親族() ☐ 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 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()
	担 当 者 氏 名			
	住 所 (所 在 地)	電 話		
本人確認		☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他 ※顔写真付きのもの		
申請者の所属確認		☐ 職員証 ☐ その他		

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号										
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	性別	男・女									
	住 所	福津市											
開 示 資 料			開 示 方 法		受領者署名欄								
☐ 認定調査票 (最新・前回・前々回) ☐ 主治医意見書 (最新・前回・前々回) ☐ 審査判定結果 (最新・前回・前々回)			☐ 閲覧 ☐ 複写 ☐ 閲覧 ☐ 複写 ☐ 閲覧 ☐ 複写										

※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。

〔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・地域包括支援センター
☐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・地域包括支援センター
☐その他 ()

本人署名（または記名押印してください）

(本人が署名しない場合は)
親族署名（または記名押印してください）
