

介護認定等資料閲覧等申出書

令和 年 月 日

厚 沢 部 町 長 様

私は、下記により要介護認定等資料の閲覧等について申し出ます。

尚、資料の閲覧等を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守る事を約束します。

申 出 者	住 所			本 人 と の 関 係	☐ 本人 ☐ 親族() ☐ 居宅・介護予防支援事業所 ☐ 介護保険施設 ☐ その他()
	事業者 施設 名称				
	氏 名		閲覧等の 目 的	☐ 居宅・介護予防サービス計画作成 ☐ 施設サービス計画作成 ☐ 施設入所申し込みのため ☐ その他()	

対 象 者	住 所			性 別	男 ・ 女
	フリガナ			生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
	氏 名				
	閲覧等資料	☐ 認定調査票 ☐ 主治医意見書		☐ 閲覧 ☐ 写し提供	

【本人同意欄】

※本人が申出者である場合及び要介護認定は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の者が下記の者であることを証明するとともに、私の上記資料について
申出者が閲覧等を行うことに同意します。

☐ 私の親族()

☐ 私と契約を締結した(予定の)(居宅介護支援事業所 ・ 介護保険施設)

本人署名

代筆者名

【遵守事項】

- 1、閲覧等を受けた資料に関わる被保険者（以下「本人」という）の情報及び本人の親族の情報を本人の居宅サービス計画または、施設サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
- 2、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の漏洩・改ざん・紛失・棄損等を防止します。
- 3、資料の写しの提供を受けたのち、当該資料を保有する必要がなくなった場合、責任をもって確実かつ速やかに当該資料を廃棄します。
- 4、資料の写しの提供を受けたのち、本人または厚沢部町から当該資料の提示や返還を求められた場合は、いつでもこれに応じます。

町 処 理 欄	閲覧等資料提供日	令和 年 月 日		
	資料提供担当者	職名	氏名 (印)	
	主治医意見書	☐ 同意あり	☐ 同意なし	