

介護保険要介護認定等資料の開示申請書

年 月 日

邑 楽 町 長 あて

被保険者からの介護サービス計画等作成の依頼に基づき、邑楽町が保有する要介護認定等資料の開示を申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

| | | | | |
|------|---|--|---------|--|
| 申請者欄 | 氏名 | | 職種又は資格等 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> () |
| | 居宅介護支援事業者または介護保険施設等の名称及び所在地 ◆ 名称 ◆ 所在地 ◆ 連絡先 () - | | | |

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 請求資料 | 開示の方法 |
|----------|--------|----------------------------------|---|
| (下5桁を記入) | | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 一次判定結果 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 認定結果通知書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| (下5桁を記入) | | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 一次判定結果 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 認定結果通知書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| (下5桁を記入) | | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 一次判定結果 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| | | <input type="checkbox"/> 認定結果通知書 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |

※ 保険者記入欄

| | | | | | | | | | |
|--|-------|--|-----------|--|--------|--|-------|--|-----|
| 開示申請者の確認 | 居宅の届出 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 被保険者の同意 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 主治医の同意 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 開示の可否 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 受付日 | 年 月 日 | | 開示(写し送付)日 | 年 月 日 | | | | | |
| 【開示資料】 | | | | | | 決 裁 | | | |
| ・コピー代 _____ 枚×10円＝ _____ 円 ・郵送料 _____ 円 ⇔ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速達 | | | | | | 納付書 | 課長 | 係長 | 担当者 |
| | | | | | | | | | |

【 遵守事項 】

私及び私の属する事業所等の職員は、提供を受けた要介護認定等資料(以下「資料」という。)の取り扱いについて、次の事項を遵守することを約束します。

1. 提供を受けた資料は、被保険者の介護サービス計画の作成以外の目的で使用することはありません。
2. 提供を受けた資料は、厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めます。また、他の者に対して、当該被保険者及びその親族の情報を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。なお、主治医意見書については特に取り扱いに注意し、病名・投薬等の情報は、被保険者本人及びその親族に対しても漏らしません。
3. 当該被保険者との居宅介護支援又は施設サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合は、速やかに当該資料は責任を持って廃棄します。

【 注意事項 】

1. この申請書で情報提供の申請ができるのは、被保険者の①居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業者、②施設サービスを提供する介護保険施設、③認知症対応型共同生活介護を実施する事業者、④特定施設入所者生活介護を実施する事業者に限ります。
2. 申請者が居宅介護支援事業者又は介護保険施設等の場合は、その身分を証するものの提示をお願いします。
3. 資料提供に応じるのは、被保険者本人の資料提供に関する同意がある場合に限ります。
4. 主治医意見書の写しの閲覧又は交付については、主治医の同意を必要とします。
5. 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料の開示が受けられなくなる場合があります。
6. 資料の写しの交付は、同一の請求者につき1部に限ります。
7. 資料の写しの交付を希望される場合は、作成に要する費用(コピー代)として、A4サイズ1面につき10円の負担をしていただきます。
8. 資料の写しの交付を郵送で希望される場合は、必要な金額の郵便切手を、請求書提出時に添付していただきます。