

要介護認定等関係資料開示請求書

令和 年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

対象者に係る要介護認定情報の開示を請求します。

請求者	氏名		対象者との続柄	
	住所 (事業所の所在地及び名称)			
	電話番号			
	介護支援専門員証登録番号 (ある場合のみ記入)			

※ 請求者の顔写真が貼付された証明書 (介護支援専門員証等) を提示 (郵送希望の場合には証明書の写し及び返信用封筒を添付) してください。

対象者	フリガナ		介護保険被保険者番号	
	氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住所			
開示内容	<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
情報の利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等を作成するため <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所するため <input type="checkbox"/> その他 ()			
備考				

※ 対象者本人又は介護サービス計画等を作成する介護支援専門員以外の方が開示請求を行う場合には、以下の欄に署名してください。

請求者に対する要介護認定情報の開示に同意します。

対象者氏名 (代筆者氏名)

※ 主治医意見書については、医師の同意がある場合に限り、開示するものとします。