

要介護認定等に係る個人情報閲覧申請書

令和 年 月 日

磐田市長

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料の閲覧（提供）について、以下のとおり申請します。

申請者	事業所名		受領代行 事業所名	□左記申請者の了承を得ています		
	TEL					
	氏名		来庁日時	月	日	時頃

被保険者	被保険者番号及び氏名	対象資料	確認欄				コピー枚数	備考
			作成届	身分証	申請者同意	主治医同意		
		<input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 写しの交付						
		<input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 写しの交付						
		<input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 写しの交付						
		<input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 写しの交付						

遵守事項
 情報の提供を受けるに当たり、次の事項を厳守します。
 1 認定資料の閲覧（提供）について、あらかじめ本人の同意を得ておく
 2 認定資料を介護サービス計画の作成以外に利用しない
 3 認定資料の情報について、関係者以外（本人、家族も含む）に提示、提供しない
 4 認定資料は厳重に管理し、紛失または破損しないよう適切な保管をする
 5 必要がなくなった認定資料は、確実かつ速やかに破棄する（複写、複製は厳禁）

受領年月日	令和 年 月 日	受領事業所名	
		受領者氏名	

※太枠内に記入の上、閲覧する窓口に事前にFAX送信してください。

<input type="checkbox"/> 高齢者支援課	0 5 3 8 - 3 7 - 6 4 9 5	<input type="checkbox"/> 福田支所	0 5 3 8 - 5 5 - 2 1 1 0
<input type="checkbox"/> 竜洋支所	0 5 3 8 - 6 6 - 9 1 2 0	<input type="checkbox"/> 豊田支所	0 5 3 8 - 3 4 - 2 4 9 6
<input type="checkbox"/> 豊岡支所	0 5 3 9 - 6 3 - 0 0 3 1		

発行者	確認者