

課 長	主幹等	係 長	担 当

介護保険要介護認定等資料閲覧請求書

請求者欄	氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事業者 施設 名称						
	住 所		電 話				

被保険者欄	氏 名		被保険者 番 号							
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	住 所									

閲覧等 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 [概況調査・基本調査・特記事項] <input type="checkbox"/> 主治医意見書 [本人・親族が閲覧等を請求する場合は主治医の同意が必要] <input type="checkbox"/> 認定結果情報 [被保険者証に記載されている要介護状態などの情報] <input type="checkbox"/> その他 ()						<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

目 的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントのため <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所申込のため (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
-----	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日

遠軽町長 様

上記のとおり認定審査会等資料の閲覧等について請求します。

なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記事項を遵守することを誓約いたします。

- 私は、閲覧等を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報及び本人の親族の情報を、上記目的以外には使用しません。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、き損等を防止します。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを、責任をもって廃棄します。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は遠軽町から当該資料の写しの提示又は提出もしくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

同 意 書

私は、上記資料について、請求者が閲覧等を行うことに同意します。

本人(被保険者)氏名 _____ 代筆者氏名 _____

本人との関係 ()

※ 被保険者の親族及び転出先の居宅介護支援事業所等による請求の場合に記入してください。

※ 写しを請求する場合は、返信用封筒を同封してください。