障害支援区分認定等資料閲覧請求書

請求者欄	氏　名		本人との関係	□　本人 □　親族（　　） □　指定相談支援事業者 □　サービス事業者
	事業者施設名称			
	住　所		電　　話	
支給決定障害者欄	氏　名		受給者証番　号	
	生　年月　日	年　　月　　日	性　　別	男　・　女
	住　所			
閲覧等資　料	□　認 定 情 報　（　閲覧　・　写し　） ※　受給者証に記載されている障害支援区分等です。 □　認 定 調 査 票　（　閲覧　・　写し　） □　主治医意見書　（　閲覧　・　写し　） ※　主治医意見書は、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です。			
目　的	□　サービス等利用計画・個別支援計画作成のため □　その他（　　）			

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。

1　私は、閲覧等を受けた資料に係る支給決定障害者（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。
2　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。
3　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。
4　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（支給決定障害者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係（　　）

※　支給決定障害者の親族による請求の場合に記入してください。