

要介護認定等資料閲覧等申出書

令和 年 月 日

余市町長 様

私は、介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営にあたり参考にするため、下記資料の閲覧等について申し出します。

なお、資料の閲覧等を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを確約します。

| | | | | |
|------------------|----------------------|--|--------|---|
| 申 出 者 欄 | 氏 名 | | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| | 事業所・施設 名称 代表者名 | | | <input type="checkbox"/> 親族 () |
| | 住 所 | | | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設の関係人 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 主治医意見書を記載した医師 <input type="checkbox"/> 認定調査に従事した調査員 |

| | | | | |
|-----------------------|---------|----------------|--------|---|
| 被 保 険 者 欄 | 氏 名 | | 被保険者番号 | |
| | 生 年 月 日 | 明治 大正 昭和 | 年 月 日 | 性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 住 所 | | | |

| | | |
|----------------------------|--|------------------------------|
| 閲 覧 等 資 料 欄 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査 ・ 基本調査 ・ 特記事項) | <input type="checkbox"/> 閲 覧 |
| | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 複写物 |

[本人同意欄] ※本人が申請者である場合或いは要介護認定・要支援認定等申請書において、本人の同意(本人署名)が得られている場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を行うことに同意します。

- 私の親族 ()
- 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設・認知症対応型共同生活介護事業所・地域包括支援センター・特定施設入居者生活介護事業所等
- 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業所・介護保険施設・認知症対応型共同生活介護事業所・地域包括支援センター・特定施設入居者生活介護事業所等
- 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員

本人署名 _____

| | | | |
|-------------|-----|----------|--------|
| 決 裁 欄 | 課 長 | グループリーダー | グループ合議 |
| | | | |

| | |
|------|------------------------------|
| 提出月日 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| / | <input type="checkbox"/> 主治医 |

【遵守事項】

1. 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本人の介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のため以外の目的には使用しません。
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持って廃棄します。
4. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は余市町から当該資料の写しの提示又は提出若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。

※ 資料の閲覧等を受けた者が、上記【遵守事項】に違反した場合は、今後の資料の閲覧等が受けられなくなることがあります。