

要介護認定等資料閲覧等申出書

年 月 日

岩内町長 様

私は、下記のとおり要介護認定等資料の閲覧等を申し出ます。

なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記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
	事業所の名称			<input type="checkbox"/> 親族（ ）
	住所			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター

被保険者欄	氏名		被保険者番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 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"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写物
--------	---	---

[本人同意欄] ※本人が申出者である場合は、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 地域包括支援センター）
- 私と契約を締結する予定の（ 居宅介護支援事業者 介護保険施設 地域包括支援センター）

本人署名 _____

[遵守事項]

- 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居宅サービス計画又は施設サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
- 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持って廃棄します。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は岩内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。

また、申出者の身分等の確認のため、本人確認書類の提示をお願いします。

【岩内町確認欄】 介護支援専門員証 職員証 運転免許証 健康保険証 その他（ ）