

様式第1号(第4条関係)

要介護認定等に関する記録の開示依頼書

年 月 日

東近江市長 様

私は、東近江市介護保険要介護認定等に関する記録の開示に係る取扱要領第1条に規定する目的に使用するため、下記により開示を依頼します。

依頼者	フリガナ		本人との関係	1 本人
	氏名			2 親族等()
	事業者・施設の名称			3 成年後見人等
	住所(所在地)	郵便番号		4 居宅介護支援事業者
				5 地域包括支援センター
				6 介護保険施設
				7 居宅(介護予防)サービス事業者
				8 主治医
				電話番号 ()

被保険者	被保険者番号		要介護認定等	年 月 申請
	フリガナ		申請年月	
	氏名		生年月日	年 月 日 ()歳
	住所	郵便番号	性別	男 ・ 女
				電話番号 ()
開示記録	1 認定調査票		交付方法	<input type="checkbox"/> 郵便等による発送
	2 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 来庁

上記依頼者が私の要介護認定等に関する記録の開示を請求することに同意します。

年 月 日 本人氏名

上記開示記録を受領しました。
年 月 日 受領者名

確認欄(※以下の各欄は記入する必要がありません)

- 1 本人 運転免許証 パスポート その他
- 2 親族(2親等以内) 1の書類+2親等以内であることが分かる書類
- 3 成年後見人等 1の書類+成年後見人等であることが分かる書類
- 4 事業者・施設 居宅サービス計画作成届出書等+職員証等
- 5 主治医 介護認定申請書等+職員証等

処理欄

作成者	確認者	本人の同意	確認欄	申請年月	認定結果	認定調査票 (マスキング 有)					主治医意見書 (マスキング 無)			費用	ゴム印	作成日	連絡日	
						被保険者番号	氏名	裏面左上	特記事項	特記2枚目	被保険者番号	氏名	医師の同意					
								名前等記載無	枚	被保番号前記入済	開示 不開示				開示 不開示			