

介護認定関係資料の開示依頼書

No.

大牟田市長 殿

次の者の介護認定関係資料の開示を依頼します。

開 示 依 頼	居宅介護支援事業者	所在地 名称	TEL	受付欄
	介護保険施設			
	その他		氏名	
	上記のいずれかに ○を付けてください。			

No	被保険者番号	フリガナ 氏名 (生年月日)	性別	住 所	開 示 依 頼	処 理 結 果	非開示の理由		
			男	大牟田市	1 認定調査結果表	閲覧・交付	1 認定調査結果表	閲覧・交付・非開示	居宅届なし・同意なし
			女		2 主治医意見書	閲覧・交付	2 主治医意見書	閲覧・交付・非開示	居宅届無・同意無(本人・主治医)
			男	大牟田市	1 認定調査結果表	閲覧・交付	1 認定調査結果表	閲覧・交付・非開示	居宅届なし・同意なし
			女		2 主治医意見書	閲覧・交付	2 主治医意見書	閲覧・交付・非開示	居宅届無・同意無(本人・主治医)
			男	大牟田市	1 認定調査結果表	閲覧・交付	1 認定調査結果表	閲覧・交付・非開示	居宅届なし・同意なし
			女		2 主治医意見書	閲覧・交付	2 主治医意見書	閲覧・交付・非開示	居宅届無・同意無(本人・主治医)
			男	大牟田市	1 認定調査結果表	閲覧・交付	1 認定調査結果表	閲覧・交付・非開示	居宅届なし・同意なし
			女		2 主治医意見書	閲覧・交付	2 主治医意見書	閲覧・交付・非開示	居宅届無・同意無(本人・主治医)
			男	大牟田市	1 認定調査結果表	閲覧・交付	1 認定調査結果表	閲覧・交付・非開示	居宅届なし・同意なし
			女		2 主治医意見書	閲覧・交付	2 主治医意見書	閲覧・交付・非開示	居宅届無・同意無(本人・主治医)

※ 上記の者は、
 介護保険施設
 グループホーム
 特定施設
 に、
 入院
 入所
 入居
 し、
 契約締結した
 契約締結する予定である
 ことを証明します。

事業者・施設名等

印

資料の提供を受けた際は以下の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理・処分することを約束します。

(署名)

事業者名

担当ケアマネジャー

【遵守事項】

1. 提供を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の介護サービス計画作成以外の目的には使用しません。
2. 本人の文書による同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ若しくは提供し、又は親族の文書による同意を得ることなく親族情報を当該親族以外の者に知らせ若しくは提供しません。
3. 本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。
4. 提供を受けた資料の取扱いについて、厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正に保管します。
5. 本人との介護サービスの提供に係る契約関係が終了した場合、その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を責任を持って廃棄します。
6. 本人又は大牟田市から、提供を受けた資料の提示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。

【注意事項】

1. 居宅介護支援事業者からの開示依頼の場合は、居宅介護サービス計画作成依頼の届出が行われ、契約締結済又は契約締結予定の被保険者に限ります。
2. 介護保険施設等[※]からの開示依頼の場合は、現在、入院又は入所（入居）されている方で、契約締結済、又は契約締結予定の被保険者に限ります。
3. 主治医意見書の写しの閲覧又は交付については、主治医の同意を必要とします。
4. 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料の開示が受けられなくなる場合があります。
5. 資料の写しの交付を希望される場合は、作成に要する費用（コピー代）として、A4サイズ1面につき10円の負担をしていただきます。

※ 介護保険施設等・・・グループホーム、特定施設を含む。