

介護保険要介護認定等情報開示請求書

年 月 日

沖縄市長 様

沖縄市介護保険要介護認定等の情報開示に関する要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

請求者	事業所・施設名													
	住 所													
	氏 名									性別	男・女			
	生 年 月 日	年 月 日生												
	電 話 番 号													
本人との関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄：) <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 介護サービスの提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> 地域支援事業を行う地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他、市長が適当と認める者													
被保険者	被保険者番号												生年月日	年 月 日生
	氏 名									性別	男・女			
	住 所													
私（被保険者）の要介護（要支援）認定に係る情報について、上記の請求者に提供することに同意します。														
年 月 日（署名）														
請求する認定情報	<input type="checkbox"/> 1次判定結果(原案) <input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書(主治医の同意のあるものに限る。)													
認定情報の利用目的														
上記被保険者の情報について、確かに受領しました。														
(署名)														

備考 認定情報の開示請求を行うときは、本人又は代理人請求者であることを証明する資料(介護支援専門員証・運転免許証等)の提示又は提出をお願いします。

保 険 者 確 認	本人の同意	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	2 主治医の同意	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
	発行者		(添付資料)	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
	介護度		認定日	