

要介護認定等に係る個人情報開示申出書

年 月 日

睦沢町長 様

(申出者)氏 名 \_\_\_\_\_

(被保険者との関係) \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

要介護認定等に係る個人情報について、次のとおり開示の申出をします。

被 保 険 者	氏 名	被保険者番号									
	住 所										
認定年月日	年 月 日										
開示を希望する文書の名称と方法 (□の中に、レを記入してください)	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 要介護認定及び要支援認定審査判定結果	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								
	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付								

[被保険者委任・申請者同意欄]

1 私は、上記の申出者に睦沢町が保有する私の上記文書に記録されている個人情報の開示を申し出ることを委任し、開示することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

2 私は、睦沢町が保有する上記の被保険者の文書に記録されている個人情報の開示を上記申出者が申し出ることに同意します。

代理申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 申出の際は、申出者自身であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を提出し、又は提示して下さい。

※ 被保険者以外の者による申出の場合は、上記の書類のほか、申出をできる者であることを証明するために必要な書類(健康保険等の被保険者証、住民票、戸籍抄本等)を提出し、又は提示してください。

【処理欄】(記入しないでください。)

申出者確認  運転免許証  旅券  その他( )