

FAX送信先：072-895-6065、交野市高齢介護課宛

※あらかじめFAXをお願いします。

来庁受け取り予定時間： 月 日 ( ) 午前/午後 時以降、 FAX送信者名 ( )

## 介護保険 調査書・意見書等 開示申請書

交野市長宛

平成 年 月 日

居宅介護(支援)サービス計画、施設介護サービス計画等の作成等に必要と認められるので、下記の書類の開示を申請します。

書類の利用にあたっては、以下の事項を守ることを誓約いたします。

1. 開示を受けた情報は、上記の使用目的以外には一切使用しないこと
2. 知り得た情報の管理は、介護保険法その他の法令を及び諸規定を遵守すること
3. 知り得た情報を漏らさず、また担当業務を離れた後も同様とすること

[申請者]

住所

電話番号

事業所名

事業所代表者名

印

受け取り来庁者名

印 (親族の場合は、続柄 )

※ 申請者記入欄			※ 市記入欄				
No.	被保険者番号	開示希望書類の 必要なものに☑印	開示の可否の結果	ケアプラン届	被保険者同意	主治医同意	備考 特記事項
	被保険者氏名						
1	0000	<input type="checkbox"/> 調査書	開示・非開示・未作成	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	
		<input type="checkbox"/> 意見書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> その他( )	開示・非開示・未作成				
2	0000	<input type="checkbox"/> 調査書	開示・非開示・未作成	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	
		<input type="checkbox"/> 意見書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> その他( )	開示・非開示・未作成				
3	0000	<input type="checkbox"/> 調査書	開示・非開示・未作成	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	
		<input type="checkbox"/> 意見書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> その他( )	開示・非開示・未作成				
4	0000	<input type="checkbox"/> 調査書	開示・非開示・未作成	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	
		<input type="checkbox"/> 意見書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> その他( )	開示・非開示・未作成				
5	0000	<input type="checkbox"/> 調査書	開示・非開示・未作成	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	
		<input type="checkbox"/> 意見書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	開示・非開示・未作成				
		<input type="checkbox"/> その他( )	開示・非開示・未作成				

「以下：市記入欄」

受付日	/	受付者	受付方法	来庁・事前FAX・郵送
写し作成者		写し交付者		写し渡し日 /

## 介護保険 調査書・意見書等 開示承諾書

交 野 市 長 様

私は、介護保険の要介護・要支援認定にかかる、私の調査書・意見書等について、次の者に開示することを承諾します。

- ・開示することを承諾された者

住 所 \_\_\_\_\_

(事業所名) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者（本人）との関係 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

- ・被保険者（本人）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印