

別記

第1号様式（第4条関係）

要介護認定等に係る個人情報開示請求書

年 月 日

長南町長 様

（申出者）氏 名 _____

（被保険者との関係） _____

住 所 _____

電話番号 _____

要介護認定に係る個人情報について、次のとおり開示の請求をします。

被 保 険 者	氏 名		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、 ☞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、上記の請求者に長南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請求することを委任し、開示することを同意します。

被保険者氏名 _____ 印

2 私は、長南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請求者が請求することに同意します。 代理申請者氏名 _____ 印

※ 請求の際は、請求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、又は提示してください。

※ 被保険者の家族による請求の場合は、上記の書類のほか、被保険者の家族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）

請求者確認 運転免許証 旅券 その他（ _____ ）