様式第1号(第5条関係)

要介護認定等に係る個人情報の開示請求書(被保険者等請求用)

令和　　年　　月　　日

　小千谷市長　　あて

　私は、小千谷市介護保険要介護認定等に係る個人情報の開示に関する要綱第5条の規定により、次のとおり要介護認定等に係る個人情報の開示を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒  　電話番号 |
| 請求者区分 | □　本人　　　　□　代理人(本人との関係　　　　　　　　)  　□　主たる介護者等(本人との関係　　　　　　　　)  　本人が請求できない理由  　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求内容 | 年　　月　　日付  認定に係る右記資料 | □　認定調査票（特記事項） | 請求内容の区分 | □　閲覧  　□　写しの交付  　　（□郵送希望） |
| □　認定情報(事務局用) |
| □　主治医意見書 |

　　※主治医意見書については、主治医の同意がなければ開示できません。

　　＜本人同意欄＞　請求者が代理人の場合は、記入してください。

|  |
| --- |
| 私は、上記の請求者が下記の者であることを証するとともに、小千谷市が保有する私の上記情報について、請求者に提供することに同意します。  　　代理人　　　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　　　　　　)  　　本人署名 |

　　注意

　・請求者は、情報提供の対象者であることが確認できる書類を提示してください。

　・本人が心身の状況により意思を表明できないときは、請求者は本人の主たる介護者等であること。

　　　市確認欄　　　　　　　　　　　　　受付担当者(　　　　　　　　)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求者本人確認 | □　運転免許証(番号　　　　　　　　　　)  □　旅券(番号　　　　　　　　　　　　　)  □　被保険者の介護保険証  □　その他  　 (確認書類　　　　　　　　　　　　　 ) |  |  |
| 資料提供 |
|  |
| 代理人が請求する場合 | □　本人同意書(※本人同意欄への記入でも可) |
| 主たる介護者等が請求する場合 | 本人の主たる介護者等であることの確認  □　確認書類の提示  　 (確認書類　　　　　　　　　　　　　 )  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　) |  |