

書き方見本

介護保険等 認定調査票・主治医意見書の開示に係る申請書

(あて先)東 大 阪 市 長

申請年月日 令和 〇〇年 〇月 〇日

申請者	事業所名	所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	地域包括支援センター東大阪	東大阪市荒本北〇―△	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 介護支援専門員等 介護 権三郎
		電話番号 ××―××××―××××	

下記の被保険者からサービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼されており、ケアプランを作成するうえで必要なため、下記書類の開示を申請します。

なお、開示を受けた情報は、被保険者のサービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメント等の目的以外には一切使用しないこと及びその情報の管理については適切に行い、知り得た個人情報については第三者に漏らさないことを誓約します。

※太枠内のみ記入してください

被保険者番号	被保険者氏名	認定状況	生年月日	開示申請書類	本人の同意	医師の同意	依頼の届出	認定調査票	主治医意見書	処理者	窓口	〒
△△△△△△△△△△	東大阪 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明(大)・昭・西暦 〇〇年 〇月 〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
■	関西 五郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明・大(昭)・西暦 〇〇年 〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 訪問調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
▼	近畿 花子	<input type="checkbox"/> 介護・支援 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象	明・大(昭)・西暦 〇〇年 〇月 〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
		<input type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明・大・昭・西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
		<input type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明・大・昭・西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
		<input type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明・大・昭・西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			
		<input type="checkbox"/> 介護・支援 <input type="checkbox"/> 事業対象	明・大・昭・西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	有・無	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示			

ここから先は記入しないでください。

上記のとおり、居宅介護支援事業者等からサービス計画作成又は介護予防ケアマネジメント等の依頼があり、開示申請がございましたら、開示してよろしいか。

処理	受付	決裁	課長	総括
		月 日		

現在の認定状況に該当する欄に「✓」を付けてください。申請中で現状、認定がない場合は、「介護・支援」に「✓」をつけてください。

「調査票」「主治医意見書」で必要な文書にのみ「✓」を付けてください。

介護保険等 認定調査票・主治医意見書の開示申請をされる際の注意点

開示請求の方法

- ①東大阪市介護認定課へ持参。
ただし、原則・即日交付はお断りいたします。後日受取にご来庁されるか、郵送での交付をご希望される場合は返信用封筒をご持参ください。
- ②申請書と必要文書を介護認定課へ郵送。

添付文書

- ① 介護支援専門員証の写し(有効期限の記載のあるもの)
・東大阪市内の事業所については、添付の必要はありません。
- ② 返信用封筒(切手を貼付してください)
・郵送での交付を希望される場合は、必ず添付してください。

東大阪市から他市町村への転出者について

転出先の市町村にてサービス計画作成依頼届出書を出されていることがわかる文書(介護保険被保険者証等)の写しを合せて添付してください。

他市町村から東大阪市への転入者について

転入前の要介護・要支援認定を引継いでいる場合、東大阪市に認定調査および主治医意見書の情報はありませんので、転入前の市町村へご請求ください。

施設入所者(指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、グループホーム等)の情報提供について

入所契約書(利用者と施設側で入所契約がなされていることがわかる双方の署名・捺印部分のみで可)を添付してください。



東大阪市マスコットキャラクター

トライくん

お問い合わせ先
東大阪市 福祉部
高齢介護室 介護認定課
〒577-8521
大阪府東大阪市荒本北1-1-1
TEL:06-4309-3190