

# 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 年 月 日

|                      |      |         |   |
|----------------------|------|---------|---|
| <b>申<br/>請<br/>者</b> | 事業所名 | 所在地 〒 - | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設<br>介護支援専門員等 |
|                      | ⑩    | 電話番号    | ⑩   |

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 | 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 | 〒 |
|--------|----|---|-------------------|---|-------|-------|-------|--------|--------|-----|----|---|
|        |    | <input type="checkbox"/> 介護・支援<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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<br><input type="checkbox"/> 事業対象 | 明・大・昭・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 訪問調査票<br><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の必要書類として、認定調査票等の開示申請がありましたので処理してよろしいか。

|                |     |     |     |
|----------------|-----|-----|-----|
| <b>処<br/>理</b> | 受 付 | 決 裁 | 備 考 |
|                |     | 月 日 |     |

|                |    |    |    |    |    |
|----------------|----|----|----|----|----|
| <b>決<br/>裁</b> | 課長 | 総括 | 主査 | 主任 | 係員 |
|                |    |    |    |    |    |