

要介護認定等に係る個人情報開示申出書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(申出者) 所在地 柏市柏〇丁目〇番〇号
氏 名 柏 一 郎
電話番号 (04) 〇〇〇〇- 〇〇〇〇
被保険者との関係 長 男

要介護認定等に係る個人情報について、次のとおり開示の申出をします。

被 保 険 者	氏名 柏 太 郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	住所 柏市柏△丁目△番地△号											
認 定 年 月 日	令和 △ 年 △ 月 △ 日											必要な個所に☑を記入
開示を希望するデータと方法の□欄をチェック	☐ 介護認定審査会資料 ☐ 閲 覧 ☐ 写しの交付 ☐ 認定調査票 ☐ 閲 覧 ☐ 写しの交付 ☐ 主治医意見書 ☐ 閲 覧 ☐ 写しの交付 ☐ 介護保険（要介護認定・要支援認定・要介護変更）申請書及び申請情報確認票 ☐ 閲 覧 ☐ 写しの交付 ☐ 介護保険 要介護・要支援認定等結果 ☐ 閲 覧 ☐ 写しの交付											

「 申 請 理 由 」 必須
上記開示希望情報を利用する手続／申請の詳細を具体的に記入（確認したいなどは不明確）

「被保険者同意確認欄」親族による申出の場合
私は、上記の申出者に柏市が保有する上記データに記録されている私にかかわる個人情報の開示申出、閲覧または写しの授受について同意します。

被保険者同意欄 柏 太 郎 (自署) 印
(自署の場合は押印不要です。)

※1 □ 認知症などの理由で判断能力の不十分な被保険者を介護している親族の申請のため未記入

[拒 申出] 以降は職員記入欄のため記入は行わないでください。

続柄確認；□住民票 □戸籍抄本 □戸籍謄本 □その他（ ）

※1 主介護者；□介護保険申請書 □その他（ ）

主治医意見照会日； 令和 年 月 日
主治医意見回答日； 令和 年 月 日 1. 開示可 2. 開示不可
開示確定日； 令和 年 月 日 交付日； 令和 年 月 日

副参事	統括リーダー	担当リーダー	担 当

	受 付 印
提出方法	