

介護認定等資料閲覧申出書

年 月 日

江 差 町 長 様

私は、下記により要介護認定等資料の閲覧について申し出します。
なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記記載の遵守事項を守ることを約します。

申 出 者	住 所	
	氏 名	
	本人との関係	(本人 ・ 親族 ・ 介護保険施設 ・ 居宅介護支援事業所)

被 保 険 者 欄				
対 象 者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
閲 覧 等 資 料		☐ 認定調査票	☐ 閲 覧	
		☐ 主治医意見書	☐ 写 し 提 供	

【本人同意欄】 ※本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧を行うことに同意します。

- ☐ 私の親族 ()
- ☐ 私と契約を締結した (居宅介護支援事業所 ・ 介護保険施設)
- ☐ 私と締結する予定の (居宅介護支援事業所 ・ 介護保険施設)

本人署名 _____

【遵守事項】

- 私は、閲覧等を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報及び本人の親族の情報を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画の作成以外の目的には使用しません。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、き損等を防止します。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに該当資料の写しを責任もって廃棄します。
- 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は江差町から当該資料の写しの提示若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。