様式第２号

居宅介護支援事業所及び介護保険施設→町

介 護 認 定 調 査 結 果 等 の 開 示 請 求 書 兼 誓 約 書

令和　　年　　月　　日

受付整理番号

吉田町長　田村　典彦　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受託者（居宅介護支援事業所及び介護保険施設）欄 | | |
| 下記の委託者と介護サービス計画作成に係る合意をしましたので委託者の承認をつけて情報提供を依頼します。また、これにより知り得た個人情報は、介護サービス計画作成以外の目的には、一切使用しないことを制約します。 | | |
| 事業者名 |  | |
| 所在地 | 〒　　　　－  電話番号 | |
| 提供依頼者氏名 | | 印 |
| 開示依頼書類 | | １．主治医意見書　２．認定調査票　３．1次判定結果 |
| 開示方法 | | １．来所　①閲覧　　②コピー　　　２．郵送 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委託者　（被保険者）欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受託者（居宅介護支援事業所及び介護保険施設）への情報提供について承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　欄 | 氏　名 |  | | | | | | | | | 男 女 | | 1.明治　2.大正 3.昭和  年　　　月　　　日生 | | |
| 印 | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　－  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 区分 | １．第1号被保険者  ２．第2号保被験者 |