

別記様式

要介護認定等の一次判定結果に関する情報提供に係る開示請求書兼同意書

年 月 日

胎内市長 様

下記の開示対象者に係る要介護認定等のコンピュータによる一次判定結果に関する情報の開示について請求します。

請 求 者	事業者名	印	開示対象者との関係	<input type="checkbox"/> 開示対象者本人
	氏 名	印		<input type="checkbox"/> 同一世帯 ()
	住 所 (所在地)	(本人自署の場合は押印不要)		<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成事業者
				<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター等
				<input type="checkbox"/> 法定代理人
				<input type="checkbox"/> その他 ()

開 示 対 象 者	フリガナ	被保険者 番 号	
	氏 名	生 年 月 日	
	住 所	明・大・昭 年 月 日	
開 示 情 報	一次判定結果		
提 供 方 法			

【 本人同意欄 】 ※請求者が開示対象者以外の場合は、署名・押印が必要です。

私は、上記の請求者が以下のいずれかの者であることを証明するとともに、胎内市が保有する私の上記情報について、請求者に提供することに同意します。

私と現に契約を締結している介護（予防）サービス計画作成事業者

その他 ()

開示対象者
署 名 印
(本人自署の場合は押印不要)

代筆者氏名

※市処理欄

受 付 者	処 理 日	一 次 判 定 結 果	審 査 会 予 定 日
	年 月 日	非該当 要支援 要介護	年 月 日