

保有個人情報開示請求書

令和 年 月 日

下仁田町長

請求者氏名 _____
事業者・施設
の名称 _____
住所 〒 _____
電話番号 () _____

本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/> ()	

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第77条第1項の規定に基づき、**介護サービス計画等の作成のため**、次のとおり要介護認定等に係る保有個人情報の開示を請求します。

なお、情報の提供を受けた際は、遵守事項を厳守し、適正に管理することを約します。

開示を請求する保有個人情報	<input type="checkbox"/> 介護認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 ※医師の同意がある場合のみ提供可		
開示の実施方法 ご希望の□にチェックしてください 例)「■」「 <input checked="" type="checkbox"/> 」	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 事務所における開示 開示を希望する日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 送付による交付)		
被保険者	氏名	被保険者番号	
	住所		
【遵守事項】 1 私は、提供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、 本人の介護サービス計画等の作成以外の目的には使用しません。 2 私は、提供を受けた資料を複写・複製しません。 3 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失・破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失・破損した場合は、直ちに町長に連絡し、その指示に従い善処します。 4 私は、本人との介護サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を町長に提出し、もしくは廃棄します。 5 私は、提供を受けた資料の提示・提出もしくは返還を町長から求められたときは、いつでもこれに応じます。 6 私は、前述のもののほか、業務において知り得た個人情報に関する情報を他に漏えいしません。退職後も同様です。			
※ 請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()		
※ 居宅の届け出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 同時 <input type="checkbox"/> 事前	確認者	
※ 要介護認定等申請書同意欄	<input type="checkbox"/>		
※ 主治医意見書同意欄	<input type="checkbox"/>		

注) ※印の欄は、記入しないでください。