

浦添市介護予防サービス計画作成に係る閲覧等請求書

年 月 日

浦添市長

介護予防サービス計画作成の参考にするため、次のとおり請求します。

なお、提供を受けた情報については、下記の誓約事項を遵守し、責任をもって適正に管理します。

請求者	事業所名 ・ 所在地	この申請に関する問い合わせ先 ☎ - -		
	請求者氏名			
	地域包括支援センター名	(※地域包括支援センターが居宅介護支援事業者へ介護予防サービス計画作成を委託している場合に記入)		
<p>【誓約事項】</p> <p>(1) 介護予防サービス計画の作成目的のみに使用します。</p> <p>(2) 個人情報保護の重要性を認識し、秘密を保持します。</p> <p>(3) 紛失等、事故発生時には速やかに市に報告します。</p> <p>また、本人または市に損害を与えた場合には賠償の責を負います。</p>				

※注) この請求で知りえた情報は、目的外使用を禁じます。

被保険者	ふりがな		被保険者番号	
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	介護予防サービス計画作成依頼届出状況	<input type="checkbox"/> 届出済 <input type="checkbox"/> 閲覧等請求と同時届出
	住所			
	請求資料	<input type="checkbox"/> 認定審査会資料 (認定調査票・一次判定結果・二次判定結果) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送交付 <input type="checkbox"/> 閲覧
請求対象	年 月 日 認定日のもの			

※下の欄は記入しないで下さい。

所管課用	【確認事項】	【開示の決定】	可	不可(理由)
		認定審査会資料 (認定調査票・一次判定結果・二次判定結果)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 被保険者情報 <input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 計画作成届出	主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (主治医の同意なし)
		課長	係長	係