

FAX送信先：072-895-6065、交野市高齢介護課宛

※あらかじめFAXをお願いします。

来庁受け取り予定時間： 月 日 () 午前/午後 時以降、 FAX送信者名 ()

介護保険 調査書・意見書等 開示申請書

交野市長宛

年 月 日

居宅介護(支援)サービス計画、施設介護サービス計画等の作成等に必要と認められるので、下記の書類の開示を申請します。

書類の利用にあたっては、以下の事項を守ることを誓約いたします。

1. 開示を受けた情報は、上記の使用目的以外には一切使用しないこと
2. 知り得た情報の管理は、介護保険法その他の法令を及び諸規定を遵守すること
3. 知り得た情報を漏らさず、また担当業務を離れた後も同様とすること

[申請者]

住所

電話番号

事業所名

事業所代表者名

受け取り来庁者名

(親族の場合は、続柄)

※ 申請者記入欄			※ 市記入欄				
No.	被保険者番号	開示希望書類の 必要なものに☑印	開示の可否の結果	ケア プラン 届	被 保 険 者 同 意	主 治 医 同 意	備考 特記事項
	被保険者氏名						
1	0000	<input type="checkbox"/> 調査書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書 <input type="checkbox"/> その他()	開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成	可・否	可・否	可・否	
2	0000	<input type="checkbox"/> 調査書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書 <input type="checkbox"/> その他()	開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成	可・否	可・否	可・否	
3	0000	<input type="checkbox"/> 調査書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書 <input type="checkbox"/> その他()	開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成	可・否	可・否	可・否	
4	0000	<input type="checkbox"/> 調査書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書 <input type="checkbox"/> その他()	開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成	可・否	可・否	可・否	
5	0000	<input type="checkbox"/> 調査書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書 <input type="checkbox"/> その他()	開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成 開示・非開示・未作成	可・否	可・否	可・否	

「以下：市記入欄」

受付日	/	受付者	受付方法	来庁・事前FAX・郵送
写し作成者		写し交付者		写し渡し日 /

介護保険 調査書・意見書等 開示承諾書

交 野 市 長 様

私は、介護保険の要介護・要支援認定にかかる、私の調査書・意見書等について、次の者に開示することを承諾します。

・開示することを承諾された者

住 所 _____

(事業所名) _____

氏 名 _____

被保険者（本人）との関係 _____

年 月 日

・被保険者（本人）

住 所 _____

氏 名 _____

※ 被保険者（本人）欄が本人の自署によらない場合は、押印が必要です。