

喜界町長 殿

請求者（本人・代理人）

住所（居所）

氏名

印

電話番号

個人情報開示請求書

喜界町個人情報保護条例第9条第1項の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

個人情報の内容 (個人情報が特定できるように、公文書の名称、知りたいと思う事項の概要等を具体的に書いてください。)	名称	要介護認定・要支援認定の資料提供	
	開示請求書類	【被保険者】	【被保険者番号】
		氏名	
	請求理由	居宅サービス計画の作成に使用するため	
備考	開示の方法	1. 閲覧	2. 写しの交付
	管理方法	個人情報の漏えいがないよう適切に管理し、目的以外の利用、第三者への提供そして複写複製は行いません。また、資料を利用後は責任を持って破棄します。	
※ 請求者の確認	運転免許証	健康保険証	その他 () 確認者 印

注1 請求者欄は、本人または代理人のどちらかを○で囲んで下さい。

2 請求の際は、身分を証明できるものを提示してください。

3 代理人の場合は、正当に代理権を付与されていること又は法定代理人であることを証明できる書面を添付してください。

4 ※欄は記入しないでください。(町記入欄)

個人情報開示同意書

本人住所.....

本人氏名.....^①

私は、介護サービス計画を作成するために必要が生じたときは、次の①～③の事柄について下記の指定居宅介護支援事業者、居宅サービス提供事業者または介護保険施設の担当者に開示することを同意します。

【開示内容】

- ①要介護・要支援認定にかかる認定調査内容・特記事項
- ②認定審査会による判定結果・意見
- ③主治医意見書

◎事業所または施設名称

--	--

◎所在地

--	--

上記のとおり同意します。

喜界町役場保健福祉課長 殿

年 月 日

本人署名.....^①

《本人署名が困難な時》

代理人氏名.....^① 続柄

本人署名が困難な理由.....

※本人署名が困難な時は、代理人（家族、親族、後見人等）の氏名、続柄及びその理由を記名してください。