

(別記様式)

介護サービス計画等の作成のための認定情報開示請求書

福岡県介護保険広域連合長 殿

(支部) 年 月 日

住 所

事業所名 印

申 請 者 印

電話番号 ()

下記の者に関する介護サービス計画等の作成のため、認定情報の開示を申請します。
なお、開示された情報については、目的外に使用しないことを誓約し、守秘義務を遵守します。

対 象 者 住 所

氏名 (M・T・S) 年 月 日生

本人同意欄 (本人が署名できない場合は、委任を受けた代理人が本人氏名を記入する。)

私は、上記申請者に介護サービス計画等の作成を依頼しますので、私の下記認定情報を開示することに同意します。

同意するもの	認 定 情 報	支部整理欄
	認定調査内容 (概況調査・基本調査・特記事項)	
	主治医意見書 (医師の同意があるものに限る)	

署名 印

※要介護認定申請時に開示することについて同意の署名があるときは省略可

介護サービス計画等の作成のための認定情報開示決定について

年 月 日

様

福岡県介護保険広域連合

広域連合長

印

上記の介護サービス計画等の作成のための認定情報開示請求について、福岡県介護保険広域連合要介護認定及び要支援認定に係る情報の開示に関する要綱 (平成 20 年福岡県介護保険広域連合告示第 28 号) に基づき開示することを決定しましたので通知します。