様式第1号

小松島市介護認定個人情報閲覧等請求書

令和　　年　　月　　日

小松島市長　様

介護サービス計画・介護予防サービス計画作成の参考にするため、小松島市介護保険制度における閲覧等に関する要綱第4条の規定に基づき、次のとおり請求します。

請求者	事業者名称			
	事業者代表者			
	事業者住所（所在地）			
	担当介護支援専門員氏名 （地域包括支援センター職員氏名）			
	介護支援専門員登録番号等			
被保険者	番号			
	住所			
	氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
必要な帳面	□　認定調査票（概況調査）		方法※	□　閲覧
	□　認定調査票（基本調査①②）			□　写しの窓口交付
	□　認定調査票（特記事項）			□　写しの郵送交付
	□　主治医意見書		**※原則写しの交付**	

この請求で知り得た情報は、目的外使用を禁じます。

※以下は記入しないでください。

審査会開催日　　年　　月　　日				
決定		可	不可	不可の理由
	認定調査票（概況調査）	□	□	□　医師の同意が無いため
	認定調査票（基本調査①②）	□	□	□　その他
	認定調査票（特記事項）	□	□	（　　）
	主治医意見書	□	□	

閲覧等の請求帳票を確かに受け取りました。 令和　　年　　月　　日 氏名	決定予定日	受付印	実費費用

身分確認欄	請　求　時	受　取　時
提出者	□　介護支援専門員証等	□　介護支援専門員証等
代理人	□　提出者の介護支援専門員証の写し等	□　提出者の介護支援専門員証の写し等
	代理人氏名：	代理人氏名：
	代理人の介護支援専門員証等 番号：	代理人の介護支援専門員証等 番号：