

介護（介護予防）サービス計画等の作成のための情報公開請求書

八尾市長 様

申 請 者 所 在 地
(契約者) 法人または事業所名

代表者職氏名
電話番号

法人代表者印
または
事業所印

次のとおり請求します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	住 所										
	氏 名										
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日									
公開を求める書類の名称、 要介護度及び有効期間等	①認定調査票（概況調査） ②認定調査票（基本調査） ③認定調査票（特記事項） ④主治医意見書										
※却下分については、認定日 を記入してください。	■ 要支援（１・２）、要介護（１・２・３・４・５）、却下分 ■ 有効期間 ・ 認定日（ ）										
公 開 の 方 法	①閲覧 ②写しの交付（窓口） ③写しの送付（郵送）										
請 求 者 の 区 分	①居宅介護支援事業者 ②居宅サービス事業者 ③介護保険施設 ④地域包括支援センター										
利 用 目 的	介護（介護予防）サービス計画等の作成のため										
誓 約	本請求に基づいて公開された書類は、上記利用目的以外には決して利用しません。また、公開された書類は、上記申請者の事業所において介護（介護予防）サービス計画等を作成する者のみが利用し、利用後は厳重に保管をいたします。公開された書類が不要になった場合は、裁断し廃棄いたします。										
備 考											

- (注)
1. 太枠内について該当するものを○で囲み、各欄必要な事項を必ず記入してください。
ただし、主治医意見書については、当該意見書を作成した主治医の同意がない場合は公開できません。
 2. 申請中等で認定結果が出ていないものについては、公開できません。
 3. 契約書の写しを添付のうえ、請求してください。
 4. 郵送請求の場合は、110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

記入見本

介護（介護予防）サービス計画等の作成のための情報公開請求書

八尾市長 様

申請者 所在地
(契約者)

契約している
①事業者の法人代表者印
②または事業所印(+管理者印)
のいずれか。
※管理者の認め印のみでは受付不可

契約書に記載のある法人または事業所
名を記入ください。

法人または事業所名

代表者職氏名
電話番号

法人代表者印
または
事業所印

次のとおり請求します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 × × × × × × ×
	住 所	八尾市本町1-1-1
	氏 名	八尾 太郎
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・西暦 ××年 ×月××日
公開を求める書類の名称、 要介護度及び有効期間等 ※却下分については、認定日 を記入してください。	①認定調査票（概況調査） ②認定調査票（基本調査） ③認定調査票（特記事項） ④主治医意見書 ■ 要支援（1・2）、要介護（1・2・③・4・5）、却下分 ■ 有効期間・認定日（ H29.10.1 ～ H30.9.30 ）	
公 開 の 方 法	①閲覧 ②写しの交付（窓口） ③写しの送付（郵送）	
請 求 者 の 区 分	①居宅介護支援事業者 ②居宅サービス事業者 ③介護保険施設 ④地域包括支援センター	
利 用 目 的	介護（介護予防）サービス計画等の作成のため	
誓 約	本請求に基づいて公開された書類は、上記利用目的以外には決して利用しません。また、公開された書類は、上記申請者の事業所において介護（介護予防）サービス計画等を作成する者のみが利用し、利用後は厳重に保管をいたします。公開された書類が不要になった場合は、裁断し廃棄いたします。	
備 考		

被保険者とサービス計画作成の契約を交わした事業所が請求していることを確認するため、契約書の写しが必要となります。契約の名称、契約締結日、署名・押印箇所がわかるようにして下さい。

(注)

1. 太枠内について該当するものを○で囲み、各欄に記入してください。ただし、主治医意見書については、当該意見書を作成した医師の同意がない場合は公開できません。
2. 申請中等で認定結果が出ていないものについては、公開できません。
3. 契約書の写しを添付のうえ、請求してください。
4. 郵送請求の場合は、110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。