

年 月 日

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成のための情報公開請求書

八尾市長 様

申請者 所在地
(原案受託事業者)

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

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの原案作成を受託しましたので、被保険者にかかる情報開示を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）、 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）													
委託元地域包括支援センター	地域包括支援センター（ ）													
利 用 目 的	介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成のため													
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、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成に利用し、利用後は上記申請者の事業者から委託元地域包括支援センターに引渡します。													
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。
また、委託元地域包括支援センター欄には担当地域包括支援センター名を記入してください。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。

様式1-2(第2条関係)

記入見本

各担当地域包括支援センターから委託を受けた事業所が、請求する場合に使用します。請求には、包括と利用者で交わした契約の写しが必要です。

原案受託事業者用

年 月 日

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成のための情報公開請求書

八尾市長 様

申請者 所在地
(原案受託事業者)

法人または事業所名

代表者職氏名
電話番号

事業所印(+管理者印)で請求。
※管理者の認め印のみでは受付不可

法人代表者印
または
事業所印

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの原案作成を受託しましたので、被保険者にかかる情報開示を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	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）、却下分 ■ 有効期間・認定日（ H30.9.21 ）										
公 開 の 方 法	①閲覧 ②写しの交付（窓口） ③写しの送付（郵送）										
委託元地域包括支援センター	地域包括支援センター（ 担当地域包括支援センターを記入 ）										
利 用 目 的	介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成のため										
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、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成に利用し、利用後は上記申請者の事業者から委託元地域包括支援センターに引渡します。										
備 考											

(注)

1. 太枠内について該当するものを○で囲み、各欄に記入してください。

また、委託元地域包括支援センター欄には担当地域包括支援センター名を記入してください。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。

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。

担当地域包括支援センター名を記入してください。成した主治医の同意がない場合は公開できません。