

様式第1号（第4条関係）

要介護認定関係資料開示請求書

〇〇年〇〇月〇〇日

新見市長 様

新見市介護保険要介護認定関係資料に係る個人情報開示に関する要綱に基づき、次のとおり請求します。

被 保 険 者	氏名	新見一郎	被保険者番号	0123456789
	性別	男・女	生年月日	大正11年11月11日
	住所	新見市新見〇〇〇番地〇 電話番号 0867-72-0000		
開 示 請 求 者	氏名	新見太郎 ㊞	被保険者との 続柄	子
	性別	男・女	生年月日	昭和21年12月21日
	住所	新見市新見〇〇〇番地〇 電話番号 0867-72-0000		
情報提供申請資料		<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書		
情報提供の方法		<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付		
備考				

■ 情報開示を請求できる人

- ・被保険者本人
- ・被保険者の2親等以内の親族
- ・被保険者の成年後見人
- ・被保険者が自己に係る資料の開示請求を弁護士等に委任している場合、委任を受けている弁護士等
- ・地域福祉権利擁護制度における生活支援員等で市長が特に必要と認めた者

※ 窓口での申請時、請求者本人が確認できるもの（運転免許証等）の提示をお願いします。

※ 請求者が被保険者本人以外の場合は、被保険者本人と請求者との関係のわかる書類を提出してください。