

個人情報開示請求書(介護保険認定関連情報) 個人用

稲城市長 様

稲城市介護保険条例第29条第1項の規定により、個人情報の記録ならびに主治医が開示を同意した意見書について、次のとおり開示を請求します。

請求日 令和 年 月 日

依頼者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	氏名							
	住所/TEL	〒 都・道 市 府・県 郡 TEL ()						
	対象被保険者との関係	1 本人 2 家族・親戚(関係) 3 法定代理人 4 その他 ()						

対象被保険者	フリガナ		被保険者番号					
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	
			性別	男 ・ 女				
	住所/TEL	〒 都・道 市 府・県 郡 TEL () <small>稲城市の住所</small> 〔 稲城市 〕						
	開示請求希望資料	年 月 日 付 認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
開示請求目的	1 認定結果について詳細が知りたい 2 施設入所に必要なため 3 その他 ()							

【市役所使用欄】

依頼者 確認方法	・被保険者証 ・マイナンバーカード ・運転免許証 ・戸籍謄本 ・住民票 ・その他 () ・介護支援専門員証	受付者	
	・委任状【有・無】 ・居宅届出【有・無】		