

個人情報開示請求について

【個人の方向け】

介護認定を受けている方やその家族などが介護認定審査会資料の写しを希望される場合、下記必要書類をご提出ください。

1. 申請に必要な書類

(1) 開示請求者が被保険者本人の場合

- ①個人情報開示請求書 **個人用**
- ②被保険者本人の身分証明書の写し(介護保険被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード等)

(2) 開示請求者が家族等、任意代理人の場合

- ①個人情報開示請求書 **個人用**
- ②被保険者の委任状
※委任状がない場合は、被保険者の身分証明書(介護保険被保険者証等)の写し
- ③開示請求者の身分証明書の写し(運転免許証、マイナンバーカード、身体障害者手帳等)

<参考> 身分証明書(本人確認書類)の例

- A 写真付きの身分証明書:1点でよいもの…マイナンバーカード、運転免許証、旅券(パスポート)等
- B 写真なしの身分証明書:2点必要なもの…健康保険証、介護保険被保険者証、身体障害者手帳等

2. 申請方法

(1) 窓口申請

「稲城市役所2階 4番窓口 高齢福祉課介護認定係」へご提出ください。

※資料交付を郵送でご希望の場合は、返信用封筒(110円切手を貼ったもの)を持参してください

(2) 郵送申請

必要書類及び返信用封筒(110円切手を貼ったもの)を同封してご郵送ください。

ご依頼いただいてから資料交付まで、**2週間程度**です。

3. 提出先・問合せ先

稲城市役所 福祉部高齢福祉課介護認定係
〒206-8601 東京都稲城市東長沼 2111
電話 042-378-2111 (内線 267・268)

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	年	月	日
	氏名				大正			
					昭和			
					平成			
	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	年	月	日
					大正			
					昭和			
					性別	男 ・ 女		
	住所/TEL	〒 都・道 市 府・県 郡						
		TEL ()						
	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	1点確認	・マイナンバーカード ・運転免許証 ・パスポート ・介護支援専門員証 ・その他 ()	提示 ・ 添付
	2点確認	・被保険者証(介護保険 ・ 健康保険) ・介護保険負担割合証 ・身体障害者手帳 ・その他 ()	提示 ・ 添付
代理権確認	・委任状 ・被保険者証(介護保険 ・ 健康保険) ・介護保険負担割合証 ・その他 ()		提示 ・ 添付
			受付者