

様式第2号(第4条関係)

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成に係る認定情報開示請求書

令和 年 月 日

直方市長 様

所在地

事業者名

請求者

電話番号

下記の者に関する介護予防サービス計画作成のため、認定情報の開示(写しの交付)を請求します。なお、開示された情報については、目的外に使用しないことを誓約し、守秘義務を遵守します。

対象者 住所 _____
氏名 _____ 生年月日 年 月 日
被保険者番号 _____

本人同意欄

私は、上記請求者に介護予防サービス計画作成を依頼しますので、私の下記認定情報を開示することに同意します。

(同意する情報に○印、同意しない情報に×印を記入)

同意の可否	認定情報	整理欄
	認定調査内容(概況調査・基本調査・特記事項)	
	主治医意見書(医師の同意があるものに限る)	

本人署名 _____

※自署の場合は、押印の必要はありません。

代筆の場合は、押印してください。