

介護保険要介護認定関係文書開示請求書

井原市長 様

年 月 日

〒 ー
被保険者住所

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ
被保険者 氏 名

生年月日 年 月 日

井原市介護保険要介護認定関係文書公開に関する要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

開示を請求する要介護認定関係文書の内容	1 認定調査票 2 一次判定結果 3 主治医意見書		
要介護認定・要支援認定日	年 月 日		
開示の方式	1 閲覧 2 写しの交付 3 写しの送付		
開示請求の理由	1 ケアプラン作成のため 2 その他（ ）		
請求者	氏名		本人との関係
	事業者・施設名称		
	住所又は所在地	〒 電話番号	

来庁者氏名（同一事業所の方）【（自署）】

※介護保険担当課記入欄（以下は記入しないでください）

受付日	
請求者（来庁者）本人確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> CM証 <input type="checkbox"/> 職員証・社員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
添付資料	<input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 市による確認（ケアプラン作成依頼届出書） <input type="checkbox"/> その他（ ）