

介護認定関係資料の開示依頼書（個人用）

大牟田市長 殿

平成 年 月 日提出

受付整理番号

依頼者欄	氏名	カガナ 印	男女	電話（ ）
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区		
	被保険者との続柄		1. 本人 2. 本人から同意を受けた者	

- ※ 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。
- ※ 「住所」欄は、アパート名等の方書まで詳しく記入してください。
- ※ 依頼者が被保険者本人の場合は、住所、電話番号は記載不要です。

次の者の介護認定関係資料の開示を依頼します。

被保険者欄	被保険者番号	1号被保険者 2号被保険者	0	0	0	0						
	氏名	カガナ		男女	明治・大正・昭和 年 月 日生							
	住所	〒 ー		都道府県 郡市区 電話（ ）								

- ※ 依頼時の氏名を記入してください。

次の資料の開示を希望します。

希望のものに○を付けてください		開示の方法	決定
1	認定調査結果表（一次判定結果を含む）	閲覧・交付	
2	主治医意見書	閲覧・交付	
3	介護認定審査会における審査判定の経過及び結果に関する資料	閲覧・交付	

開示日付印

受領者（依頼者）署名

-
- ※ 閲覧、交付の際に記入してください。

※福祉課介護保険担当 記入欄

起案	年	月	日	
決裁	年	月	日	
担当	主査	課長		

同意書

<p>私は、次の者が介護保険認定関係資料の開示を依頼すること及び交付又は閲覧を受けることに同意します。</p>	
同意を受けた者	被保険者との続柄
_____	_____
住 所 _____	
連絡先電話番号 () _____	
被保険者氏名	平成 年 月 日
_____ 印	
住 所 _____	
注意事項	

依頼者の確認	介護保険証・健康保険証・運転免許証・障害者手帳・住基カード・事業所身分証・パスポート・その他 ()
被保険者の確認	介護保険証・健康保険証・運転免許証・障害者手帳・住基カード・パスポート・その他 ()