

境町長 殿

記載例（本人請求の場合）

年 月 日

介護保険要介護認定等に係る資料情報開示請求書

請求者	ふりがな 氏名	さかい たろう 境 太郎		本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
	事業者の名称	請求者（本人）の氏名・住所等を記入してください。			<input type="checkbox"/> 親等（続柄： ）
	住所	境町391-1			<input type="checkbox"/> 他（ ）
				電話番号	0280-81-1300

<本人>に✓を入れてください。

次の被保険者の介護保険要介護認定に係る資料情報開示を請求します。

被保険者	番 号	被保険者本人の被保険者番号・氏名・住所・生年月日を記入してください。		
	氏 名	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	住 所	境町391-1		
請求する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果情報			
請求の目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成等のため <input checked="" type="checkbox"/> 認定資料内容確認のため <input type="checkbox"/> その他（ ）			

該当するところに✓を入れ、<その他>の場合は詳細を記入してください。

<本人同意欄> ※請求者が本人以外である場合は同意が必要です。

私は、境町が保有する私の上記情報について、請求者に提供することに同意します。

本人署名 _____ 本人請求のため記載不要 _____ 代筆者氏名 _____

※本人による署名が困難な場合は、親族等による代筆が可能です。（事業者は代筆不可） (続柄) _____

ここから先は役場で記入します。

町確認欄	請求者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 社員証・職員証等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	被保険者確認	親族等の場合 <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ） 事業者の場合 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	主治医意見書同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	交付日	

請求者（本人）の身分証明書をお持ちください。