## 介護保険要介護認定等に係る資料情報開示請求書

	ふりがな		とれ	aがわ はなこ		本日報生		
請求者	氏 名	各	<del>_</del>	根    花子	\	人 │ ☑ 親族 と │ □ 後見	等(続柄: 子 ) ※登記事項証明書等必要	
	事業者の名称 請求者の氏名 ください。			・住所等を記入して		<b>ボ</b>	が 当する関係性に <b>√</b> を入れてくだ い。	
	住 所		境町222 電話		電話番号	号 0280-81-1323		
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	番	号	被保険者(本)	被保険者(本人)の被保険者番号・氏名・				
	氏	名		月日を記入してください。		生年月日	昭和〇年〇月〇日	
者	住	所	境町391−1					
請求する書類 ☑ 要介護認定調査票 ☑ 主治医意見書 □ 認定結果情報								
□ 居宅サービス計画作成等のため <b>②</b> 認定資料内容確認のため □ その他 ( 該当するところに <b>√</b> 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	3	境 太郎					
※本人による署名が困難な場合は、税がは事業者は代筆不可) 本人の署名をお願いします。本人が記載できない場合は、発達をは代筆者(親族等)の氏名・続柄を記入してください。								
ここから先は役場で記入します。								
		請	求者の本人確認	□ 運転免許証 □ その他 (	] マイナ	ンバーカード	□ 社員証·職員証等 分証明書をお持ちください。	
町	確認欄			親族等の場合  □ 本人の介護保険	<b>此</b> 伊 [全 <del>李</del> 訂		3万皿列目 E 4列列 ラ く/C C V 。	
			被保険者確認	事業者の場合	文体映石 1.	根保険者が	)場合】 「確認できる書類をお持ちくだ	
		主	治医意見書同意	□ 契約書等 □ あり □ な	:L	さい。 【事業者の	_	
		1		ı		入所時の契 い。	2約書等の写しをお持ちくださ	