

要介護認定(要支援認定)審査資料閲覧等請求書

令和 年 月 日

置戸町長様

請求者 住所
 施設名
 代表者氏名 印
 電話 () -

要介護認定(要支援認定)において、本人の同意を得た審査資料の閲覧等を請求します。

被保険者氏名	被 保 険 者 番 号		
(フリガナ)			
(氏名)	生 年 月 日		性 別
	明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女
利 用 目 的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成の基礎資料 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入居申込みのため <input type="checkbox"/> その他()		
請求する資料の 件名及び内容	<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果		
請 求 者 区 分	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)認定者の親族 [本人との関係] <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		
閲 覧 等 方 法	<input type="checkbox"/> 原本閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付		
備 考			

同 意 書

上記請求者を代理人とし、私の要介護認定(要支援認定)に係る資料の閲覧等を請求することに同意いたします。

本人氏名 _____ 印

※置戸町記入欄

受 付	結 果	閲 覧 等 方 法	備 考
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 原本閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付	