

要介護認定等に関する記録の開示申請書

年 月 日

甲良町長 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する記録についての開示を申請します。

依頼者	氏名		本人との関係	1	本人
	事業所・施設の名称			2	成年後見人
	住所 (所在地)	〒		3	本人から委任を受けた者
			4	本人の同居親族	
			5	居宅介護(介護予防)支援事業者	
			6	介護予防サービス事業者	
			7	介護保険施設	
				電話番号：	

被保険者	被保険者番		生	年	月	日	
	氏名		年	月	日		
			性			別	
			男	・	女		
	住所	〒					
				電話番号：			

開示資料	1	介護認定審査会資料	
	2	認定調査票(特記事項)	
	3	主治医意見書	医療機関名 主治医の氏名

※ 確認欄 (以下の各欄は記入する必要がありません。)

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| 1 本人 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> パスポート | <input type="checkbox"/> その他 |
| 2 同居親族 | <input type="checkbox"/> 1の書類 および | <input type="checkbox"/> 同居親族であることがわかる書類 | |
| 3 成年後見人 | <input type="checkbox"/> 1の書類 および | <input type="checkbox"/> 成年後見人であることがわかる書類 | |
| 4 本人から委任を受けた者 | <input type="checkbox"/> 1の書類 および | <input type="checkbox"/> 委任状 | |
| 5 居宅介護(介護予防)支援事業者 | <input type="checkbox"/> 契約書 および | <input type="checkbox"/> 職員証 | |
| 6 介護予防サービス事業者 | <input type="checkbox"/> 契約書 および | <input type="checkbox"/> 職員証 | |
| 7 介護保険施設 | <input type="checkbox"/> 契約書 および | <input type="checkbox"/> 職員証 | |