

要介護（要支援）・障害支援区分認定関係資料開示請求書

年 月 日

高 取 町 長 様

請求者 所在地 _____
 事業所名 _____
 代表者名 _____
 電話番号 _____ () _____

次のとおり、要介護（要支援）・障害支援区分認定関係資料の開示を請求します。

対 象 者	住 所											
	被保険者番号											
	氏 名											
資 料 名・内 容		<input type="checkbox"/> 要介護（要支援）・障害支援区分認定に係る調査内容（調査票） <input type="checkbox"/> 要介護（要支援）・障害支援区分認定に係る調査内容（特記事項） <input type="checkbox"/> 要介護（要支援）・障害支援区分認定に係る主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他（資料名： _____ ）										
開示（提供）の方法		<input type="checkbox"/> 窓口での閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付										
請 求 の 目 的		居宅サービス計画作成のため										

資料の交付を請求者（代表者）以外の者が受ける場合（代理受領）は、記入してください。

代理受領者氏名	
請求者との関係	
本請求で知り得た当該要介護（要支援）・障害支援区分認定者の秘密を漏らしません。 <p style="text-align: right;">担当者名氏名 _____</p>	

（注意）

- 代理受領者が本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券等）を提示してください。
- 開示書類は、居宅サービス計画作成のためだけのものであり、本人への開示書類ではありません。

《職員記載欄》 ※以下の欄には記入しないでください。

受領者が本人であることの 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 調査員証・職員証 <input type="checkbox"/> その他
所管課	福祉課
備考	

受 付 印