

(様式第1号)

要介護認定等に関する文書の開示依頼書

令和 年 月 日

事業者・施設名
申請者
代表者名

印

(あて先) 和寒町長 様

次のとおり要介護認定等に関する文書の開示を依頼します。 受付番号 _____

依頼者欄	氏名					
	所在地	〒	—	電話 ()	—	
	事業所名称					
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

- ※介護サービス事業者等に所属している方は、「所属事業所」欄にも記入してください。
- ※依頼者の身分証明書のコピーを添付してください。
- ※郵送での申請は94円分の切手を貼った返信用の封筒を同封ください。

被保険者欄	氏名				男女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日生
	住所	〒	—	電話 ()	—		
	被保険者番号						認定等結果通知年月日 平成 年 月 日

※複数の被保険者がいる場合は、別紙に記入ください。

開示依頼	1 認定調査票	1 閲覧 2 交付
	2 主治医意見書	1 閲覧 2 交付

