

要介護認定等資料閲覧等申出書

年 月 日

増毛町長様

私は、下記により要介護認定等資料の閲覧等について申出します。

なお、資料の閲覧等を受けた際は、介護サービスに関すること以外に利用しないことを遵守します。

申出者欄	住所	〒		
	氏名 又は事業所名	電話番号	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 主治医意見書を記載した医師 <input type="checkbox"/> 認定調査に従事した調査員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	来庁者			

被保険者欄	住所	〒		
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
閲覧等資料欄	<input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定審査会資料			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し提供
請求対象	年 月 日認定日のもの （認定結果の出ていないものは請求できません）			

（本人同意欄）※本人が申出者の場合は、下記の記載、署名は要りません。

私は、上記の申出者が次の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を受けることに同意します。

- 私の親族 ()
- 私と契約を締結している、又は締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設・認知症対応型共同生活介護事業所・地域包括支援センター・特定施設入居者生活介護事業所等
- 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員

本人署名

<代筆の場合>代筆者署名

本人との関係 ()

※代筆できるのは、ご家族の方か、ご本人の身の回りの世話をされている方に限らせていただきます。
ケアマネージャーの方による代筆は認められません。

本人が署名できない理由（具体的に記入して下さい）

.....