

要介護認定等資料閲覧等申出書

平成 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"/> 地域包括支援センター (介護予防支援事業所) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <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	男・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	平成 年 月 日認定日のもの (認定結果の出し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 ()
- 私の居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出をした居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター（介護予防支援事業者）
- 私と契約を締結をした、又は締結する予定の居宅（介護予防）サービス事業者又は介護保険施設
- 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査した調査員

本人署名 (印)

＜代筆の場合＞代筆者署名 (印)

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）

.....