別記様式（第５条関係）

介護保険要介護・要支援認定資料情報開示請求書

年　　月　　日

平川市長　　様

〔請求者〕氏　　名　　㊞
住　　所
勤 務 先
職　　名
電話番号　　（　　）

平川市介護保険要介護・要支援認定資料情報開示要綱第５条第１項の規定により、次のとおり要介護・要支援認定資料の開示を請求します。

対象被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所			
請求する認定資料		□ 主治医意見書 □ 認定調査票 □ 介護認定審査会による判定結果・意見		
開示の方法		□ 閲覧　□ 写しの交付　（ □ 窓口　□ 郵送 ）		
請求の目的		□ 介護サービス計画に利用するため □ 介護サービスに利用するため （提供予定サービス　　） □ その他（　　）		

〔該当する□内にレ印を記入してください。〕

【市役所記入欄】

○認定月日	（　　年　　月　　日）		
○請求者区分	□ 調査員	□ 調査員以外	
○居宅サービス計画届出	□ あり（　年　月　日）	□ なし	
※請求者と異なる場合	届出事業者（　　）		
○要介護認定申請代行	□ あり	□ なし	

□ 開示を認める　（開示年月日：　　年　　月　　日）
（開示方法：□ 閲覧　□ 写し【 □ 窓口　□ 郵送 】）
□ 開示を認めない　（理　　由：　　）