

別記様式第1号（第5条関係）

介護保険要介護認定等資料提供申請書

高 原 町 長 殿

高原町介護保険要介護認定等資料提供事務取扱要綱第5条の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

1 請求日	年 月 日	
2 請求区分	<input type="checkbox"/> 本人、後見人及び保佐人、親族等 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等 <input type="checkbox"/> 介護保険施設、地域密着型サービス事業者等 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス事業者(地域密着型等含む) <input type="checkbox"/> その他 ()	
3 請求者	郵便番号	—
	住所	
	ふりがな 氏名 (名称及び代表者名)	印
	担当者名 (法人、団体の場合)	
	電話番号	() —
	勤務先及び所在地	
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 後見人・保佐人 <input type="checkbox"/> 事業所等
4 請求する公文書	<input type="checkbox"/> 認定調査の一次判定情報（現況・基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査の一次判定情報（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書	
	被保険者氏名 (複数名記入可)	
5 開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送	
町処理欄	写しの枚数： 枚 情報提供日： 年 月 日 提供担当者：	
担当課	高原町総合保健福祉センターほほえみ館介護保険係	
備考		

- (注) ・ 1から5までのみ記入してください。
 ・ □欄については、該当する部分にレ点（チェック）してください。