要介護認定等に関する情報開示請求書

須賀川市長

次のとおり要介護認定等に関する情報の開示請求をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 請求年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 開示請求 する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | | | | | | | | | | |
| 開示の方法 | 閲覧　・　写しの交付 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| 請　　求　　者 | 被保険者 との関係 | 本人　・　代理人（本人との関係　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 本人等  確認書類 | 被保険者証　・　要介護認定・要支援認定等結果通知書 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |

注　請求者が本人の場合には、「氏名、生年月日、性別、住所及び電話番号」の欄の記入は必要ありません。