

要 介 護 認 定 等 資 料 の 開 示 請 求 書

年 月 日

(宛先) 狭 山 市 長

請求者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

狭山市介護保険条例第3条の規定により、次のとおり要介護認定等に関する資料の開示を請求します。

開示の請求に係る被保険者	住 所			
	氏 名		生年月日	
開示を請求する資料の件名又は内容	<input type="checkbox"/> 要介護認定等調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/>			
区 分	<input type="checkbox"/> 閱 覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 郵送希望)			
請求者の被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被保険者の配偶者 <input type="checkbox"/> 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者 <input type="checkbox"/> 被保険者の属する世帯において、被保険者の日常生活上の世話を主として行う者 <input type="checkbox"/> 被保険者の親族() ※関係を記入 <input type="checkbox"/> 成年後見人等() <input type="checkbox"/> 委任状持参者			
備 考				

(注) □のある欄は、該当する□内にレ印を記入してください。

	課 長	主 幹	主 査	担 当
決 裁				