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：　　）