

様式第1号(第3条関係)

介護認定資料等閲覧請求書											
							令和	年	月	日	
鬼北町長 様											
介護サービス計画等の作成の参考にするため、次のとおり請求します。											
被保険者番号	0	0	0	0							
郵便番号 〒 被保険者住所							電話番号 — —				
被保険者氏名						生年月日		年		月	日
必要な資料 <input type="checkbox"/> 認定調査票(概況・基本・特記事項) <input type="checkbox"/> 認定情報(事務局用) <input type="checkbox"/> 主治医意見書						請求内容 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送交付					
請求者(被保険者が窓口に来られない場合は、委任状が必要です。)											
郵便番号 〒											
住所											
氏名						電話番号 () —					
申立欄 (被保険者が請求できない場合は、請求者欄に親族等の住所及び氏名を記入し、その理由を記載してください。)											

注：この請求で知り得た情報は、目的外の使用及び個人の秘密を漏らすことを禁じます。

この欄は、記入しないでください。	担	当	係	長	課長補佐	課	長

審査会開催日		令和		年	月	日	第 合議体		
決定				可	不可	不可となった理由			
認定調査票(概況・基本・特記事項)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 医師の同意がないため			
認定情報(事務局用)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
主治医意見書				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
						決定日		受付印	