

介護保険 要介護認定に係る資料の交付申請書

令和 年 月 日

日之影町長 様

申請者 住所

氏名

私は、次のとおり介護保険の要介護認定・要支援認定等に係る資料の交付を申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、責任を持って当該個人情報の管理を行うとともに、被保険者の介護サービス計画作成以外の目的には使用しないことを約束いたします。

申請者の区分	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		
	<input type="checkbox"/> 被保険者の親族（続柄 _____）		
	<input type="checkbox"/> 被保険者の依頼を受けて介護サービス計画の作成を行う者		
	【事業所等の名称: _____】		
	【事業所等の住所: _____】		
	(電話番号 _____)		
被保険者	氏名	被保険者番号	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別 男・女
	住所		

※ 申請者が被保険者本人でない場合は、本人同意欄に記入

【被保険者同意欄】

日之影町が保有する私の要介護認定に係る資料を上記申請者に提供することに同意します。

被保険者本人 氏名 _____

被保険者代理人 氏名 _____

(被保険者との関係 _____)

住所 _____

電話番号 _____

※ 被保険者代理人は、被保険者が心身の都合により記名できない場合のみ