

公開請求書(居宅介護支援事業所用)

年 月 日

岬町長 宛

事業者名称及び管理者氏名	
住 所	〒
連 絡 先	電話番号 () -

介護サービス計画を作成するにあたり、岬町情報公開条例第 11 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり請求します。

記

行政情報の名称又は内容	被保険者番号	
	被保険者氏名	
	被保険者住所	
	(必要なものにレ印をお付けください)	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項)	
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 (医師の同意がある場合のみ)	
	<input type="checkbox"/> 判定結果 (<input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 認定結果及び意見)	
希望する公開の実施方法	(希望する公開の実施方法の□にレ印を付してください。)	
	<input type="checkbox"/> 閲覧・視聴・聴取	
	<input type="checkbox"/> 写しの交付 (コピー代が必要です。)	
	<input type="checkbox"/> 写しの郵送 (コピー代及び送料が必要です。)	

(注 意)

1. 請求は、被保険者が契約し、かつ、本町に届出を行っている居宅介護支援事業所又は、本人が入所している介護保険施設の管理者及び職員に限ります。

※ 町処理欄 (以下は記入しないでください。)

開示してよろしいか。(起案日 年 月 日) NO.

課長	係長	担当	同意の 確認	契約の 確認	主治医 の同意	交付

日付

受領者名