

公開請求書(居宅介護支援事業所用)

記入例

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岬町長 宛

事業者名称及び管理者氏名	ケアプランセンターみさきちょう 岬町太郎
住所	〒599-0392 泉南郡岬町深日2000番地の1
連絡先	電話番号 (072) 492-2000

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	0000012345
	被保険者氏名	岬太郎
	被保険者住所	泉南郡岬町深日2000番地の1
希望する公開の実施方法	(必要なものにレ印をお付けください)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 (<input checked="" type="checkbox"/> 概況調査 <input checked="" type="checkbox"/> 基本調査 <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項) <input checked="" 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 checked="" 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