

同意書

年 月 日

岬町長 宛

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

(代筆者 _____ 続柄 _____)

私は下記事業者がケアプランを作成するため及び介護報酬の算定利用する場合に限り、介護保険認定に係る情報を閲覧及び交付申請し、受領することに同意します。

事業者 住 所 _____

事業者名 _____

担 当 者 _____

(注) 同意を受けた方の本人確認書類をご持参ください。

* 町処理欄

受 付	本 人 確 認 * 番号を記入		
	ケアマネ証	免許証	その他