

要介護(要支援)認定審査資料閲覧等請求書

令和 年 月 日

斜里町長 様

住 所.....

事業所名.....

氏 名.....^①

電話番号.....

要介護(要支援)認定に係る認定調査結果等の閲覧等を請求します。

被 保 険 者 住 所 ・ 氏 名		性 別	被 保 険 者 番 号			
住所:		男 ・ 女				
氏名:		生年月日	大・昭	年	月	日
利 用 目 的	<input type="checkbox"/> 介護(介護予防)サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所申請のため					
請求する資料の 件名および内容	<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果					
請 求 者 区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)認定者の親族 (本人との関係:) <input type="checkbox"/> 介護(介護予防)支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設					
閱 覧 等 方 法	<input type="checkbox"/> 原本閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付					
備 考						

※ 介護保険要介護認定申請時に、本人の同意を得ておりますので、改めての同意は不要です。

斜 里 町 記 入 欄	受 付	結 果	閲 覧 等 方 法	備 考
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不 可	<input type="checkbox"/> 原本閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付	

※写しを請求する場合は、返信用封筒を同封してください。