介護保険情報開示請求書

　広野町長　様

令和　　年　　月　　日

１　請求者の住所及び氏名（事業者名）

　　　　　住　　所

　　　　　事業者名

　　　　　代表者名　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　印

　　　　　担当者名

２　対象者の住所及び氏名等

　　　　　住　　　　所

　　　　　氏　　　　名

　　　　　生年月日　　明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　　日

　　　　　被保険者番号　００００００

３　開示請求事項等（○を付けて下さい。）

1. 認定調査票（概要調査）
2. 主治医意見書
3. 要介護認定・要支援認定等結果通知書
4. その他（具体的に記入ください）

４　情報開示請求理由

|  |
| --- |
|  |
|  |

* 本請求書に被保険者との介護支援契約書及び個人情報使用に係る同意書を添付し

てください。