

介護保険関係書類写交付申請書

年 月 日

伊奈町長 様

私は、介護保険関係書類写交付を受けるため、下記のとおり申請します。なお、知り得た情報については、目的以外には使用しないこと、また、厳重に管理して他に漏らさないことを誓約します。

記

申請者 住所
氏名
TEL
被保険者との関係
(事業者の場合は、事業所の住所、名称、担当者の名前)

被保険者番号	
住 所	
被 保 険 者	
交付を申請する書類	1 主治医意見書
	2 認定調査票
使用目的	1 介護(予防)サービス計画作成のため
	2 施設入所のため
申請者確認欄	介護支援専門員証・勤務先身分証明書・運転免許証・その他

要介護認定申請書に情報提供に対する本人の同意のない場合や施設入所のため申請する場合には、次の本人の同意欄にご記入ください。

本人の同意欄

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書を、伊奈町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。また、作成された介護サービス計画、介護予防サービス計画については主治医意見書を記載した医師及び計画上位置づけられたサービス費業者等に対して提示することに同意します。

年 月 日

本人署名

代筆者

本人との関係