

介護（予防）サービス計画作成のための資料開示申請書

尾花沢市長 様

<申請者>

住 所	〒	申 請 年 月 日			
		令和	年	月	日
事業所名 代表者名	印	電 話 番 号			
		— —			
職氏名					

心身の状況に即した介護（予防）サービス計画作成及び介護（予防）サービスの効果的な実施のため、要介護（要支援）認定申請書の本人の同意に基づき、別紙被保険者の認定審査資料の開示を申請します。

- 注） 1. 申請内容の該当する欄を選択してください。
2. 委任を受けた法人又は団体が申請する場合は、氏名欄に「法人又は団体の名称」、「代表者氏名」を記載して、「法人又は団体の代表者印」を押印してください。
3. 本人確認欄・添付書類欄は、記入しないで下さい。

本人の確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書	<input type="checkbox"/> 健康保険証	添付書類	<input type="checkbox"/> 委任状
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他

(別紙)

資料開示被保険者

事業所名 _____

NO	被保険者番号	被保険者名	生年月日	認定調査の内容	主治医の意見書	一次判定の結果	認定審査会の判定・意見
1			明・大・昭 年 月 日				
2			明・大・昭 年 月 日				
3			明・大・昭 年 月 日				
4			明・大・昭 年 月 日				
5			明・大・昭 年 月 日				
6			明・大・昭 年 月 日				
7			明・大・昭 年 月 日				
8			明・大・昭 年 月 日				
9			明・大・昭 年 月 日				
10			明・大・昭 年 月 日				
11			明・大・昭 年 月 日				
12			明・大・昭 年 月 日				
13			明・大・昭 年 月 日				
14			明・大・昭 年 月 日				
15			明・大・昭 年 月 日				

※開示を請求する資料に○をつけてください。