

課長	課長補佐	課 員	担当者

要介護・要支援認定関係資料開示請求書

天 川 村 長 殿

年 月 日

請求者 事業所名
 代表者名
 所 在 地
 電話番号

次のとおり要支援・要介護認定関係資料の開示を請求します。
 なお、資料の提供を受けた際は、請求者の責任で資料を適正に管理することを
 誓約します。

資料の対象者	住所	被保険者番号							
	氏名								
資料名・内容	・認定調査票 ・主治医意見書								
開示の方法	写しの交付								
請求の目的	介護（介護予防）サービス計画作成のため								

資料の交付を請求者（代表者）以外の者が受ける場合（代理受領）は、記入して下さい。

代理受領者氏名	
請求者との関係	

（注）代理受領者が本人であることを証明する書類を（運転免許証・介護支援専門員証等）を
 提示して下さい。

受付欄	
-----	--