

# 要介護認定情報申請書

令和 年 月 日

## 徳之島地区介護保険組合 殿

次の通り、徳之島地区介護保険組合が保有する要介護認定審査資料を提供されるように申請します。  
 なお、要介護認定等情報の提出を受けたときは、適正に管理し、目的以外に使用しないことを約束します。

申請者欄	氏名	(ふりがな)				<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
	名	Ⓜ				年 月 日生		
	事業者・施設	名称	住所	〒	—	電話番号( )	—	
本人との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族( ) <input type="checkbox"/> その他( )						

請求内容欄	請求資料	<input type="checkbox"/> 認定審査会資料 (認定調査票(基本調査)・一次判定結果) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項・概要調査) ※ただし、調査実施者が特定される部分を除く <input type="checkbox"/> 主治医意見書					
	開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送			※郵便の場合、返信用封筒(切手貼付)が必要です。		
	認定年月日	平成 年 月 日 (認定結果通知日)					

被保険者欄	氏名	(ふりがな)				<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
	名					年 月 日生		
	住所	〒	—	TEL ( )	—			
被保険者番号								

請求理由 (簡単にお書き下さい)	
---------------------	--

**【本人同意欄】**

私は、上記の資料について、上記申請者の提供することを同意します。

本人署名

代筆者名( )

被保険者との関係( )

※介護保険記入欄(以下は記入しないで下さい)

本人確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 結果通知 <input type="checkbox"/> その他( )						
請求人確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> その他( )						
添付資料	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍(抄)本 <input type="checkbox"/> その他( )						
起案日	令和 年 月 日	決 裁	管理者	事務局長	係長	係	係
次の通り決定してよろしいか。							
<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 非開示							