

介護保険要介護認定・要支援認定関係資料請求（兼誓約書）

年 月 日

宮代町長 様

請求者 事業者名
所在地
電話番号
住所
氏名
請求対象者との続柄
電話番号

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定関係資料の請求をします。

なお、資料請求により知り得た事項は、目的以外に使用せず、また、他に一切公表しないことを誓約します。

被保険者	(被保険者番号 No.)
請求理由	☐ ケアプラン作成の為 ☐ サービス提供に必要な為 ☐ 本人及び親族 (申請理由)
請求文書	☐ 認定調査票（特記事項） ☐ 認定情報 ☐ 主治医意見書 *住宅改修の理由書作成の場合は、主治医意見書閲覧のみ可
請求方法	☐ 写しの交付（1面につき 10円） (写しの交付ができない場合には、閲覧を ☐ 希望する。 ☐ 希望しない。)
	☐ 閲覧 年 月 日 時 分から 時 分まで

*1. ☐のある欄は、該当する $\square$ 内に「レ」を記入して下さい。

*2. 請求の際には、事業所に勤務している事の分かる職員証等(名札可)の提示の他、請求者の本人確認の為、運転免許証や健康保険証の提示をお願いします。

*3. 写しの交付ができない場合には、ご連絡しますのでそれから閲覧の日時を決めて下さい。
(12:00~13:00 は閲覧できません。)

■ 介護保険担当使用欄 ■

本人確認欄	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 職員証	確認者	
-------	--	-----	--

認定資料の（同意）確認

			同意の有無	
認定調査票・認定情報	写し	可・不可	本人	有・無
主治医意見書	閲覧	可・不可	主治医（閲覧）	有・無
	写し	可・不可	主治医（写し）	有・無

*写し交付の場合、本人同意・医師の同意のどちらかがない時には、写しの交付ができません。

課長	副課長	主幹	主査	係	担当