

(別記様式1)

要介護認定に関する資料等閲覧・複写申請書

目 的		介護サービス計画作成のため			
被保険者番号	対象者氏名	住 所	閲覧・複写したい内容 (必要な情報に をつける)		
			1 認 定 調 査 票	2 主 治 医 意 見 書	3 認定等結 果通知書
申請者の資格	1 指定居宅介護支援事業者 2 指定居宅介護サービス事業者 3 介護保険施設				
閲覧・複写 申 請 者	住 所		氏 名		
	所 属		電話番号		

誓 約 書

塩 谷 町 長 様
要介護認定に関する資料閲覧・複写については、貴職の指示に従います。
また、閲覧・複写により得た資料について、基本的人権を守り、個人のプライバシーの保護につとめ、当事業所において責任をもって管理し、上記目的以外の使用は一切致しません。

平成 年 月 日

所在地

事業者名

印