

様式（第2条・第4条関係）

大村市介護認定資料閲覧等請求書

大村市長 様

年 月 日

請求理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 認定された要介護状態区分に不服があるため <input type="checkbox"/> その他（ ）																		
被保険者	フリガナ									被保険者番号									
	氏名									生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所																		
窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人又は本人の主たる介護者 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者又は介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他（本人との関係 ）：本人が請求できない理由 ※その他の場合は、裏面の委任状が必要です。																		
	住所又は事業者名																		
	氏名																		
必要な資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書〔主治医の同意がないときは不可です。〕 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会の会議の記録〔本人又は本人の主たる介護者による請求以外は不可です。〕																		
閲覧等の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送交付 ※写しの郵送交付の場合は、郵送料が必要です。																		

※次の欄は記入しないでください。

審査会開催日	年	月	日	合議体	班	受付日付印
決定内容	認定調査票（概況調査）	可	不可	不可の理由	<input type="checkbox"/> 請求者の資格	
	認定調査票（基本調査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 同意なし（本人）	
	認定調査票（特記事項）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 同意なし（主治医）	
	主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> その他	
	介護認定審査会の会議の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		（ ）	
閲覧交付			集計			