

介護保険要介護認定等の資料交付請求書

令和 年 月 日

会津坂下町長 様

下記対象者の必要書類を介護サービス計画及び介護予防サービス計画作成のため、交付請求します。

No.	被保険者番号	住所	生年月日	必要書類(請求分に☑をしてください)	
	被保険者氏名			認定調査票	主治医意見書
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他
		会津坂下町		<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 他

請求者及び誓約事項

上記の者の必要書類を請求するにあたり、プライバシーの侵害につながる目的に使用しないのはもちろんのこと、介護サービス計画又は、介護予防サービス計画作成の目的以外に使用しないことを誓約いたします。特に主治医意見書につきましては主治医の承諾を得ることなく、被保険者本人に開示しないことを厳守いたします。

請求者住所（所在地）

請求者氏名（名称）

印 電話