個人情報開示請求書（介護保険用）

令和　　年　　月　　日

（あて先）　井 川 町 長

次のとおり、井川町が保有する介護保険要介護認定等資料の開示を請求します。

申込者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名　　印	本人との関係	□本人 □親族（　　） □法定代理人 □居宅介護支援事業者等 □その他（　　）
	事業者名		
	〒 住　所　　TEL（　　）　－		

被保検者	被　保　険　者　番　号		
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	生年月日	□大正　□昭和 年　　月　　日
	〒 住　所　　TEL（　　）　－		

請求内容	請 求 資 料	□ 認定調査資料（特記事項を含む）　□ 主治医意見書 □ 認定結果
	開示の方法	□ 閲覧　□ 写しの交付

請　求　理　由 （簡単にお書きください）	

【被保険者の同意欄】

私は、上記の請求者に、町が保有する私の上記資料を開示することに同意します。

被保険者本人氏名　　印