様式第６２号

介護保険情報請求書

我孫子市長　あて

次のとおり申請します。

申請年月日	年　　月　　日

請求者氏名 （居宅介護支援事業者の場合はその代表者、介護保険施設の場合はその長）	印 （※本人親族の場合印は不要）
事業者名又は施設の名称	印
請求者住所 （事業者又は施設の住所、介護支援専門員の場合はその所属する事業所の住所）	〒 電話番号

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男・女
	住所	〒		

（該当するものに○をつけてください。）

請求する情報の件名	1　主治医意見書写し 2　認定調査票写し 3　認定審査会資料写し（一次判定・主治医意見書）
公開方法の区分	1　閲覧　　2　視聴　　3　写しの交付（郵送希望）
情報の公開を請求できる者の区分	1　本人 2　３親等以内親族 3　指定居宅介護支援事業者代表者又は居宅介護支援専門員 4　介護保険施設の長 5　主治医意見書を記載した医師
請求の目的	1　自己情報　　2　介護サービス計画作成のため 3　その他（　　）

	責任者	担当者	備考（確認書類の名称等を記載）
市記入欄			