

様式第1号（第4条関係）

介護保険認定関係情報開示請求書

年 月 日

（宛先） 桐生市長

請求者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者の親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 代理人 [ ]	郵便番号	—
		住所	
		氏名	
		電話番号	— —

下記被保険者の介護保険認定関係情報の開示を請求します。

被保険者	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
開示を求める情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	
開示を求める情報の開示方法	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付
開示請求理由		

注 1 該当する□にレ印を記入してください。

2 開示の請求に際しては、本人又は開示を受けることができる者であることを証明するために必要な書類を提出し、又は提示してください。

※担当課記入欄（以下は記入しないでください。）

*本人又は開示を受けることができる者であることを確認した書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 戸籍の謄本又は抄本 <input type="checkbox"/> 家庭裁判所の証明書   後見開始審判書 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	受付印