

介護保険 認定調査票[基本調査(写)]の開示に係る申請書

令和 年 月 日

吹田市長宛

以下の被保険者について、認定調査票[基本調査(写)]の開示を申請します。

申請者	ふりがな		本人 との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名			<input type="checkbox"/> 親族 (本人から見た続柄:)
	事業所・施設 名称			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	住所 (所在地)	〒 -		<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
				(電話番号: - -)

被保険者 (本人)	被保険者番号		必要枚数	枚
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	1. 明治 2. 大正 年 月 日 3. 昭和 4. 西暦		
	住所			
				(電話番号: - -)

【委任状】 (被保険者本人以外の申請の場合は記入) 令和 年 月 日

吹田市長宛

氏名 (自署)

私(被保険者)は、上記申請者を代理人と定め、認定調査票 [基本調査(写)] の開示申請に関する権限について委任します。

※ 吹田市記入欄 (こちらは記入しないでください。)

受付	受付者	確認事項	
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 窓口(即日) <input type="checkbox"/> 郵着		<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
		<input type="checkbox"/> 資格確認証	<input type="checkbox"/> 事業所の名刺
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他 ()

受付日

発行日

職員確認欄

備考: