

記入見本

令和〇年 〇月 〇日

東大和市長 殿

申請者の氏名、住所、電話番号
を記入してください。

開示請求者

名称・氏名 東大和 太郎

住所 東大和市中央4-5-6

電話 042-XXX-XXXX

申請者と対象者（本人）のご関係に該当する
箇所にチェックを記入してください。
※本人以外が申請される場合はその理由も
選択してください。

認定資料開示請求書

資料が必要な理由として該当する箇所に
チェックを記入してください。

次のとおり要する認定資料の開示を請求します。

対象者との関係（該当するものにチェック）	請求理由（該当するものにチェック）
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用するため
<input checked="" type="checkbox"/> 本人の親族（以下の本人が請求しない理由も選択） <input checked="" type="checkbox"/> 本人が認知症のため。 <input type="checkbox"/> 本人が怪我等により意思表示ができないため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 老人ホーム等への入所申込みを行うため <input type="checkbox"/> 相続において、相続分の判定を行うため <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 本人に介護保険法（平成9年法律第123号） 第8条、第8条の2、第115条の4第1項 から第3項に定める事業を提供する事業者	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 入所申込者の優先度評価を行うため <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを提供するため
<input type="checkbox"/> 本人の障害者控除対象者認定を行う市区町村長	対象者の障害者控除対象者認定を行うため

対象者

介護保険被保険者番号：123456
氏 名：東大和 花子
生 年 月 日：昭和2年1月1日

対象者（本人）の介護保険被保険者番号、
氏名、生年月日を記入してください。
※介護保険被保険者番号は「介護保険被
保険者証」等に記載があります。

開示請求
する書類

認定調査票、主治医意見書、一次判定結果資料
(開示請求しない書類がある場合は、二重線で消してください)

- 注意 1 請求を行う方の本人確認書類等の提示（郵送の場合は写しの添付）をしてください。
- 2 本人の親族が請求を行う場合は、本人との関係性を証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください（本人と別居の場合に限る）。
- 3 本人に介護保険法（平成9年法律第123号）第8条、第8条の2、第115条の4第1項から第3項に定める事業を提供する事業者が請求を行う場合は、本人との契約状況等を証明する書類（サービス計画作成のための場合はサービス計画作成依頼（変更）届出書（東大和市に提出済みの場合は不要）、入所申込者の優先度評価を行うための場合は入所申込書等、介護保険サービスを提供するための場合は契約書等）の写しを添付してください。

市処理欄

本人確認	親族確認	本人同意	主治医確認
------	------	------	-------