

行政文書開示請求書

年 月 日

新地町長 宛

住所 新地町〇〇字〇〇

請求者氏名 居宅介護支援事業所 〇〇 印

(法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

連絡先電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

新地町情報公開条例第6条第1項の規定により、次のとおり行政文書の開示を請求します。

開示請求する行政文書の件名又は内容	(開示請求する行政文書が特定できるよう具体的に記入してください。) 認定情報、主治医意見書、認定調査票、被保険者証の写し 被保険者番号 〇〇〇〇〇12345 被保険者名 〇〇 〇〇 被保険者住所 新地町××字×× 被保険者生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
事業所が新地町内の場合	<input type="checkbox"/> 本町の区域内に住所を有する者 <input checked="" type="checkbox"/> 本町の区域内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体 事務所等の名称 居宅介護支援事業所 〇〇 所在地 新地町〇〇字〇〇
請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本町の区域内に存する事務所又は事業所に勤務する者 勤務先の名称 所在地 <input type="checkbox"/> 本町の区域内に存する学校に在学する者 学校の名称 所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関が行う事務又は事業に利害関係を有すると認められるもの 利害関係の内容 (具体的に記入してください。) 居宅介護支援事業者
事業所が新地町外の場合	
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 郵送希望)
請求の目的	ケアプラン作成の為
担当課	新地町役場 健康福祉課 電話番号 0244-62-2931 受付印

- (注) 1 「請求者」欄及び太線の枠内を記入してください。
2 「請求者の区分」欄は、該当するものの□内に✓印を、()内に必要な事項を記入してください。
3 「開示の方法」欄は、希望する方法の□内に✓印を記入してください。
4 「請求の目的」欄は、請求された行政文書の特定等の参考にするためのものであり、記入については、請求される方の任意です。