

同 意 書

年 月 日

木古内町長 様

私の介護サービス計画を作成するために必要があるときは、私の要介護認定・要支援認定にかかる調査内容及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

被保険者氏名	ふりがな	性 別	生 年 月 日
			明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 歳
住 所	〒 電話番号		

この同意書を本人に代わって記入した方は以下に記入してください。

代理者氏名	ふりがな	被保険者との関係	
連絡先住所	〒 電話番号		