同　意　書

年　　月　　日

阪　南　市　長　様

住　　　　所　阪南市

被保険者番号

被保険者氏名

わたしは、次のものに、居宅サービス計画作成のために必要な介護保険要介護認定等にかかる情報について、閲覧またはその写しをとることに同意します。



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 確認 |  | 受領サイン |
| 印 | 印 |  |  |