

同 意 書

私は、下記の事業者がケアプラン作成（介護予防ケアマネジメント実施を含む）及び介護報酬の算定に利用する場合に限り、私の介護保険の認定調査票・主治医意見書の写しを閲覧又は交付申請し、受領することに同意します。

令和 年 月 日

本人署名_____

(代筆署名の場合)

本人氏名_____

1 代筆者氏名_____ 続柄_____

2 代筆者住所_____ 電話_____

3 代筆理由_____

事業者名

事業所住所