

要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

安 城 市 長

		申請日	年 月 日	
閲覧等申請者	住所又は所在地			
	事業所名称			
	氏名(担当者)			
	被保険者との続柄		電話 ()	—
使いみち	☐ 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のため			
	☐ その他()			
誓 約	私は、この申請により得た情報を上記目的以外に使用しません。 また、上記目的のために必要な介護サービス関係人以外にこの情報を提示しない等、 その管理に万全を期します。 申請者氏名 _____			

被保険者	被保険者番号					処理欄		
	氏 名			認定日	年 月 日	介護		
閲覧等資料	調査票	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付		同意の 確認 (市)	本 人	有 無	居宅	
	主治医意見書	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付			医 師	有 無	申請日	
	判定結果・意見	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付		原本枚数(市)			枚	料金
							システム・台帳	

要介護 ・ 要支援認定資料閲覧等同意書

年 月 日

私は、上記の者が要介護・要支援認定資料の閲覧等をすることに同意します。

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____