

要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

記入例

安 城 市 長

		申請日	令和〇年〇月〇日	
閲覧等申請者	住所又は所在地	安城市桜町××-△△		
	事業所名称	〇〇事業所		
	氏名(担当者)	安城 太郎		
	被保険者との続柄	介護支援専門員	電話 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇	
使いみち	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 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 <u>安城 太郎</u>			

					処理欄			
1	被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9			介護		
		氏名	愛知 花子		認定日	令和×年×月×日		
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付	同意の確認(市)	本人	有	無	申請日
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金
	判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚		システム・台帳	
2	被保険者	被保険者番号				介護		
		氏名			認定日	年 月 日		
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	同意の確認(市)	本人	有	無	申請日
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金
	判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚		システム・台帳	
3	被保険者	被保険者番号				介護		
		氏名			認定日	年 月 日		
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	同意の確認(市)	本人	有	無	申請日
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金
	判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚		システム・台帳	

(表)