

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<br><input type="checkbox"/> その他( )   |            |                     |  |
| 誓約     | <p>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。<br/>           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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <u>安城 太郎</u></p> |            |                     |  |

|        |       |                             |                                |   |         |          |    |            |  |   |  |
|--------|-------|-----------------------------|--------------------------------|---|---------|----------|----|------------|--|---|--|
| 1      | 被保険者  | 被保険者番号                      | 0 0 0 0 0 9 9 9 9              |   |         |          |    |            |  |   |  |
|        |       | 氏名                          | 愛知 花子                          |   | 認定日     |          |    | 令和×年 ×月 ×日 |  |   |  |
|        | 閲覧等資料 | 認定調査票                       | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 |         | 同意の確認(市) | 本人 | 有          |  | 無 |  |
|        |       | 主治医意見書                      | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 |         |          |    |            |  |   |  |
| 認定結果通知 |       | <input type="checkbox"/> 閲覧 | <input type="checkbox"/> 写しの交付 |   | 原本枚数(市) |          | 枚  |            |  |   |  |
| 2      | 被保険者  | 被保険者番号                      |                                |   |         |          |    |            |  |   |  |
|        |       | 氏名                          |                                |   | 認定日     |          |    | 年 月 日      |  |   |  |
|        | 閲覧等資料 | 認定調査票                       | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input type="checkbox"/> 写しの交付            |         | 同意の確認(市) | 本人 | 有          |  | 無 |  |
|        |       | 主治医意見書                      | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input type="checkbox"/> 写しの交付            |         |          |    |            |  |   |  |
| 認定結果通知 |       | <input type="checkbox"/> 閲覧 | <input type="checkbox"/> 写しの交付 |   | 原本枚数(市) |          | 枚  |            |  |   |  |
| 3      | 被保険者  | 被保険者番号                      |                                |   |         |          |    |            |  |   |  |
|        |       | 氏名                          |                                |   | 認定日     |          |    | 年 月 日      |  |   |  |
|        | 閲覧等資料 | 認定調査票                       | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input type="checkbox"/> 写しの交付            |         | 同意の確認(市) | 本人 | 有          |  | 無 |  |
|        |       | 主治医意見書                      | <input type="checkbox"/> 閲覧    | <input type="checkbox"/> 写しの交付            |         |          |    |            |  |   |  |
| 認定結果通知 |       | <input type="checkbox"/> 閲覧 | <input type="checkbox"/> 写しの交付 |   | 原本枚数(市) |          | 枚  |            |  |   |  |

※事務処理欄

|     |      |      |     |    |
|-----|------|------|-----|----|
| 受付者 | 合計金額 | 受取金額 | おつり | 備考 |
|     | 円    | 円    | 円   |    |