

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	<input 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。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			

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

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事に同意します。

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____

※事務処理欄

受付者	合計金額	受取金額	おつり	備考
	円	円	円	