

## 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>			

1	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	
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	

4	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			
5	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			
6	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			
7	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			
8	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			
9	被保険者	被保険者番号							
		氏名					認定日	年	月
	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			

(裏)