

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	<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。</p> <p>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 _____</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		医 師	有	無
	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ことに同意します。

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	