

別記様式(その1)(第5条関係)

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。 申請者氏名 _____		

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	