

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。 <div>申請者氏名 _____</div>				

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	(市)	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					
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	(市)	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					
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	(市)	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					

※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	(市)	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				
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	(市)	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				
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	(市)	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				
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	(市)	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				
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	(市)	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				
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	(市)	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				