

別記様式(その2)(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 _____			

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		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		
		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		
3	被保険者	被保険者番号						
		氏 名				認定日 年 月 日		
		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		

※事務処理欄

受付者	合計金額	受取金額	おつり	備考		
	円	円	円			

(表)

4	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		
5	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		
6	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		
7	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		
8	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		
9	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		