

要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

記入例

安 城 市 長

申請日 令和〇 年 〇 月 〇 日

閲覧等申請者	住所又は所在地	安城市桜町××-△△		
	事業所名称	〇〇事業所		
	氏名(担当者)	安城 太郎		
	被保険者との続柄	介護支援専門員	電話 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇	
使いみち	<input checked="" 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 安城 太郎			

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9									
	氏 名	愛知 花子			認定日	令和×年 ×月 ×日					
閲覧等資料	認定調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input checked="" 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 checked="" 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

被保険者本人の署名(※)をお願いします。
※被保険者本人の状態により本人署名が困難な場合は被保険者本人に同意の確認の上で、被保険者本人の介護保険被保険者証を管理している家族等が代理で記入は可

令和〇 年 〇 月 〇 日

閲覧等をすることに同意します。

被保険者番号 0000099999

被保険者氏名 愛知 花子

※事務処理欄

受付者	合計金額	受取金額	おつり	備考
	円	円	円	