

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			

1	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	(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	