

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	00000999999						
		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		
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	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	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)