

要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

安 城 市 長

		申請書	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 _____				

							処理欄	
1	被保険者	被保険者番号					介護	
		氏 名			認定日	年 月 日	居宅	
	閲覧等資料	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	申請日	
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		医 師	有 無	料金	
		判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚	システム・台帳	
2	被保険者	被保険者番号					介護	
		氏 名			認定日	年 月 日	居宅	
	閲覧等資料	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	申請日	
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		医 師	有 無	料金	
		判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚	システム・台帳	
3	被保険者	被保険者番号					介護	
		氏 名			認定日	年 月 日	居宅	
	閲覧等資料	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	申請日	
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		医 師	有 無	料金	
		判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)		枚	システム・台帳	

(表)

4	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			
5	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			
6	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			
7	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			
8	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			
9	被保険者	被保険者番号								介護	
		氏名					認定日	年	月	日	居宅
	閲覧等資料	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	申請日		
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付		医師	有	無	料金		
判定結果・意見		<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	原本枚数(市)			枚	システム・台帳			

(裏)

この用紙は、再生紙を使用しています。