

介護保険要介護・要支援 認定資料閲覧等申請書

碧南市長

次のとおり申請します。

申請年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

個人申請	申請者氏名		被保険者との関係	
	申請者住所	〒 _____ 電話(_____) _____		
事業者申請	事業者名称	(指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他) 担当者氏名 事業所印 [_____]		
	事業者所在地	〒 _____ 電話(_____) _____		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日		
	住所	性別		
		〒 _____ 電話(_____) _____		

閲覧等資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付
	<input type="checkbox"/> 認定判定結果・意見	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付

使用目的	<p><u>下記目的以外使用しません。また、情報の管理に万全を期します。</u></p> <input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください。) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>
------	--

介護保険要介護・要支援 認定資料閲覧等同意書

平成 年 月 日

私は、上記の者が介護保険要介護・要支援認定資料の閲覧等をすることを同意します。

本人氏名 _____ 印 _____

(本人が窓口に来られる場合は、記入する必要はありません。)

(市記入欄)

本人の同意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	⇒ ※本人の同意がない場合は、閲覧・写しの交付は出来ません。
医師の同意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	⇒ ※医師が同意しないにチェックしている場合は、閲覧・写しの交付は出来ません。

受付	身分証明書確認	備考