

要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

中 泊 町 長 殿

次のとおり、中泊町が保有する要介護・要支援認定資料の閲覧等を申請します。

なお閲覧等を受けた情報は、下記目的以外には使用せず、私の責任で個人情報の秘密を厳守することを確約いたします

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

閲覧申請者	住所又は所在地			
	事業所名称			
	氏名（担当者）	Ⓔ		
	電話番号			
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄 ） <input type="checkbox"/> 居宅介護（予防）支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画を作成するため <input type="checkbox"/> その他（ ）			

1	被保険者	被保険者番号																	
		氏名								認定日	令和	年	月	日					
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	同意の	本人	有	無											
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	確認	医師	有	無											
		判定結果・意見																	
2	被保険者	被保険者番号																	
		氏名								認定日	令和	年	月	日					
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	同意の	本人	有	無											
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	確認	医師	有	無											
		判定結果・意見																	
3	被保険者	被保険者番号																	
		氏名								認定日	令和	年	月	日					
	閲覧等資料	調査票	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	同意の	本人	有	無											
		主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付	確認	医師	有	無											
		判定結果・意見																	

申請者確認		<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許所 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 介護支援専門登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
決済日 ： 令和 年 月 日										コピー代 枚 × 10円 = 円									
課長	課長補佐	係長	係	合 議															