

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)			印
	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	コピーワーク 枚 × 10円 = 円						
課長	課長補佐	係長	係	合議			