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 | * 被保険者本人　　　　　　　　　□　家族（続柄　　　） * 居宅介護（予防）支援事業所　　□　介護保険施設 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用目的 | * 介護サービス計画を作成するため * 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 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 同意の  確認 | | 本人 | | 有　　無 |
| 主治医意見書 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 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 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 同意の  確認 | | 本人 | | 有　　無 |
| 主治医意見書 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 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 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 同意の  確認 | | 本人 | | 有　　無 |
| 主治医意見書 | □　閲覧　□　写しの交付 | | | | | | | 医師 | | 有　　無 |
| 判定結果・意見 |  | | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者確認 | | * 身分証明書　　□　運転免許所　□　旅券　□介護支援専門登録証明書 * 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 |
|  |  | |  |  | |  |