

# 介護保険 要介護・要支援認定資料閲覧等申請書

受付印

(宛先) 西尾市長

次のとおり、要介護・要支援認定を受けた者の認定資料の閲覧等を申請します。

							申請年月日	令和	年	月	日
被 保 険 者	番 号										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女				
	住所	電話 —									

閲覧等資料	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定の調査票
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
使用目的	<input type="checkbox"/> 上記被保険者の介護サービス計画を作成するため <input type="checkbox"/> その他 ( )

<h2>要介護・要支援認定資料閲覧等同意書</h2>	
令和 年 月 日	
私は、下記の申請者が要介護・要支援認定資料の閲覧等を申請することに同意します。	
被保険者氏名 _____	
(本人の署名または記名押印してください。)	

誓 約	私は、この申請により得た情報を目的以外に使用しません。 また、情報を第三者に漏らさない等情報の管理に万全を期します。				
個人申請	住 所	電話 —			
	氏 名			本人との関係	
事業者等申請	事業所名	該当に○ 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・その他			
	所在地				
	担当者名	電話 ( ) —			

※郵送で申請する場合は介護支援専門員証の写しを添付してください。

受付	身分証明確認	受給者台帳確認	主治医の同意	備考	