

課長	係長	係

介護保険要介護認定等資料閲覧申請書

申請者	担当者名		本人との関係	1. 本人 2. 親族() 3. 介護予防支援事業者 4. 居宅介護支援事業者 5. 居宅(介護予防)サービス事業者 6. 介護保険施設											
	事業者名称及び住所	(印)													
被保険者	氏名		被保険者番号	0	0	7									
	生年月日	年 月 日	住所	上伊那郡中川村 番地											
申請資料	<input type="checkbox"/> 認定情報 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し) <input type="checkbox"/> 認定調査票：概況調査 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し) <input type="checkbox"/> 認定調査票：基本調査①② (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し) <input type="checkbox"/> 調査調査票：特記事項 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し) ※主治医意見書を本人・親族が申請する場合、主治医の同意が必要														
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画(小規模多機能型サービス計画)等作成 <input type="checkbox"/> その他()														
令和 年 月 日															
(宛先)中川村長 上記のとおり認定審査会等資料の閲覧等について申請します。 なお、資料の閲覧等を受けた際は、下記事項を遵守することを誓約いたします。															
1. 私は、閲覧等を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という。)の情報及び本人の親族の情報を、上記目的以外には使用しません。 2. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、棄損等を防止します。 3. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを、責任をもって廃棄します。 4. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、本人又は中川村から当該写しの提示または提出、もしくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。															
同 意 書															
※ 被保険者の親族による請求時のみ記入 私は、上記資料について、請求者が閲覧を行うことに同意します。 本人との関係															
本人氏名： 代筆者氏名： ()															

村処理欄	コピー代	領収	情報提供	情報提供日
	円	未・済	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否【 】	年 月 日