

居宅介護支援事業者等用の閲覧請求届出書

介護長寿課長 殿

次のとおり請求します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
事業者名	印		
事業者住所	〒 電話番号		

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒 電話番号		

閲覧請求する 帳 票 (無 料)	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項) <input type="checkbox"/> 認定審査会資料 (基本調査・一次判定結果) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 ※請求項目を□の中にレ印を入れてください (写しの交付を求める項目は入れない)。
写しの交付求 める 帳 票 (有 料)	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項) <input type="checkbox"/> 認定審査会資料 (基本調査・一次判定結果) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 ※写しの交付を求める項目を□の中にレ印を入れてください。 ※費用徴収は何れの交付を受けても1件分とみなします。

注意事項

- この申請書に被保険者本人が署名押印した同意書を添付すること。
- 主治医意見書は、主治医意見書を作成した医師の許可がなければ閲覧できません。

市記載欄

		課 長	係 長	係
閲覧の決定		不可の理由		
	可 否			
認定調査票 (・特記事項)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
認定審査会資料 (基本調査・一次判定結果)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
主治医意見書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			