

介護保険認定関係資料閲覧申請書

神山町長様

次のとおり申請します。

申請日: 年 月 日

申請者	
事業所名称	印
事業所所在地	
氏名	印
資格の有無	介護支援専門員の資格が ある ・ ない
	登録番号
<p>認定申請に係る調査内容及び主治医意見書の交付について、ケアプラン作成の目的以外では利用しないこと及び個人情報であることに留意し、介護保険法第69条の34～37の規定事項及び神山町介護保険サービス利用に係るケアプラン作成のための認定情報の提供に関する要綱第7条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約します。</p> <p>※該当する箇所にレ点を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 交付を希望する被保険者の被保険者証は確認している。</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者の介護度と認定期間は確認している。</p> <p><input type="checkbox"/> 「サービス計画作成依頼届出書」は提出している。</p> <p>※次の事業所については、申請時にサービス契約書等の写しの添付が必要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護計画を作成する介護支援専門員である。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険施設サービス計画を作成する介護支援専門員である。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画を作成する介護支援専門員である。</p>	

ケアプランを作成するために閲覧を希望する被保険者	
被保険者番号	
被保険者氏名	
要介護度	
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※上記太枠内をご記入ください。

(注)この線から下は使用しないでください。

同意	本人	有・無	情報提供	可
	医師	有・無		不可

課長	課長補佐	係長	担当