

介護保険 認定調査票・主治医意見書の提示に係る申請書

吹田市長 宛

申請年月日 年 月 日

申請者	事業者番号	所在地	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	事業者名	電話番号 ()	

事業所区分に当てはまるものに
チェックをしてください。

下記の要支援・要介護認定者からサービス計画の作成を依頼されており、居宅サービス・介護予防サービス計画も
の作成をおこなう上で必要なため、下記書類の提示を申請します。

なお、提示を受けた情報は、要支援・要介護認定者の居宅サービス・介護予防サービス計画もしくは施設介護サービス計
しないこと及びその情報の管理については適切におこない、知り得た個人情報については第三者に漏らさないことを誓約し

事業者の代表者氏名を記載して
ください。

認定日	項番	被保険者番号	氏名	生年月日	提示申請書類
/	1			明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 両方(調査票・意見書) <input type="checkbox"/> 認定調査票のみ <input type="checkbox"/> 主治医意見書のみ
/	2			明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 両方(調査票・意見書) <input type="checkbox"/> 認定調査票のみ <input type="checkbox"/> 主治医意見書のみ
/	3			明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 両方(調査票・意見書) <input type="checkbox"/> 認定調査票のみ <input type="checkbox"/> 主治医意見書のみ
/	4			明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 両方(調査票・意見書) <input type="checkbox"/> 認定調査票のみ <input type="checkbox"/> 主治医意見書のみ
/	5			明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 両方(調査票・意見書) <input type="checkbox"/> 認定調査票のみ <input type="checkbox"/> 主治医意見書のみ

前回の認定結果に関する資料をご
希望の場合は、該当する認定日を
記入してください。空欄の場合は
最新の認定日分を開示いたします。

市役所使用欄：申請者は記入しないでください。

提示する書類等	非開示の理由
<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 調査票のみ <input type="checkbox"/> 意見書のみ	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 依頼の届出なし <input type="checkbox"/> 本人同意なし <input type="checkbox"/> 医師の同意なし <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 調査票のみ <input type="checkbox"/> 意見書のみ	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 依頼の届出なし <input type="checkbox"/> 本人同意なし <input type="checkbox"/> 医師の同意なし <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 調査票のみ <input type="checkbox"/> 意見書のみ	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 依頼の届出なし <input type="checkbox"/> 本人同意なし <input type="checkbox"/> 医師の同意なし <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 調査票のみ <input type="checkbox"/> 意見書のみ	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 依頼の届出なし <input type="checkbox"/> 本人同意なし <input type="checkbox"/> 医師の同意なし <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 非開示 <input type="checkbox"/> 調査票のみ <input type="checkbox"/> 意見書のみ	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 依頼の届出なし <input type="checkbox"/> 本人同意なし <input type="checkbox"/> 医師の同意なし <input type="checkbox"/> その他 ()

帳票ID	K09	入力日	令和 年 月 日
------	-----	-----	----------

受付日	提示区分	確認者	窓口受付者
	<input type="checkbox"/> 窓口渡し (受取者：) <input type="checkbox"/> 郵送		