

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画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

事業者の代表者氏名の記載及び代表者印（個人の認印も可）を押印してください。

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	
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		