

## 国分寺市介護認定審査会資料の閲覧等請求書

高齢福祉課長 殿 令和 年 月 日

国分寺市介護認定審査会資料の閲覧等に関する事務要領に基づき、次のとおり請求します。

被保険者番号	0	0	0	0							生年月日	明・大・昭	年	月	日
フリガナ										被保険者住所 国分寺市					
被保険者氏名										電話番号 ( )					
資料の件名 <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・特記事項） <input type="checkbox"/> 認定審査会資料（一次判定） <input type="checkbox"/> 主治医意見書										閲覧等の方法 <input type="checkbox"/> 窓口での閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付					

同意欄は、被保険者本人又はご家族が記入してください。

請求者（事業所）〒		電話番号 ( )	
住 所			
請求者氏 名	介護支援専門員 登録証明書番号 第 号		
同意欄 上記請求者による介護認定審査会関係書類の 閲覧等請求に対し同意します。 被保険者氏名 ( <input type="checkbox"/> 自筆・ <input type="checkbox"/> 代筆 )	申立欄 (左記同意欄を代筆したときは、記載者名を 記入してください。)  (続柄・ )		
上記請求者を本件被保険者の担当介護支援専門員として任命したことを認めます。			
事業所名			
代表者名 電話番号 ( )			

## 職員記入欄

審査会開催日	年	月	日	決定	可	不可
意見書中主治医同意の有無 有 ・ 無 ・ 未				認定調査票(概況・特記)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				審査会資料(一次判定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				主治医意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不可となった理由 <input type="checkbox"/> 医師の同意が得られなかったため  <input type="checkbox"/> その他 .....	課長	係長	担当	受付印		
	決裁日					

閲覧等請求書にて請求した帳票を確かに受け取りました。

令和 年 月 日

受領者署名欄

\*担当介護支援専門員の方は、介護支援専門員登録証明書（携帯用）をお持ちください。

注意事項 ①資料について内容をご確認ください。

(介護支援専門員) ②交付した資料をサービス計画の作成の参考にする以外の目的に使用してはなりません。

③なお、個人情報情報が漏れることのないよう管理及び保管してください。

④窓口交付において、請求後1ヶ月経過しても受け取りに来ない場合は請求を破棄します。