

東久留米市介護認定における閲覧等請求書

令和 年 月 日

東久留米市 介護福祉課

下記の者の要介護認定審査会が 年 月 日に決まりました。
つきましては、サービス計画の作成の参考にするため、次のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 生年月日 年 月 日 | | | | | |
| 必要な帳票 | | | | | 方法 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況・基本調査） | | | | | <input type="checkbox"/> 閲覧 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 調査員の特記事項 | | | | | <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 調査結果である審査会資料 | | | | | <input type="checkbox"/> 写しの郵送交付 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | | |
| 請求者名 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | |

- ※ 居宅サービス計画の届出がある、居宅介護支援事業者以外請求できません。地域包括支援センターより委託を受けた事業者は、地域包括支援センターへ請求してください。
 - ※ 被保険者が請求する場合、本人確認できるもの（保険証等）を持参ください。
 - ※ 被保険者が窓口に来られない場合は、委任状（代理人選任届）が必要です。
 - ※ 被保険者又は被保険者の代理人による主治医意見書の請求はできません。
- 注：この請求で知り得た情報の目的外使用を禁じます。

| | | | | 課長 | 係長 | 担当 |
|------------------|--------------------------|--------------------------|---|----------|----|-----|
| この欄は、記入しないでください。 | | | | | | |
| 審査会開催日 | 年 | 月 | 日 | 合議体 | | |
| 決定 | 可 | 不可 | 不可となった理由 | | | |
| 認定調査票（概況・基本調査） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 医師の同意がない | | | |
| 調査員の特記事項 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ケアプランの作成依頼届未提出 | | | |
| 調査結果である審査会資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | 決定日 | | 受付印 |
| | | | | 令和 年 月 日 | | |