

*** 請求窓口は、区役所高齢・障害課、各地区健康福祉ステーション 介護認定担当です**

第1号様式

川崎市介護保険制度における閲覧等請求書

(あて先) 区高齢・障害課長
地区健康福祉ステーション
介護サービス計画作成等の参考にするため、次の

【請求者】
事業所の住所・電話番号・名称・代表者名又は管理者名を記入してください。
※事業所名だけでなく、代表者名又は管理者名を必ず併記してください。

請求者 (使用する人・法人)	住所	川崎市〇〇区〇〇町1		
	氏名又は事業所名	〇〇介護支援事業所 管理者名 (自署) ※自署できない場合は記名押印 ※記名の場合は代表者又は管理者の印		
	請求時来庁者	※本人又は代理人が請求する場合は記入する必要はありません。	請求者との関係	事業所のケアマネ

被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成者等 ※下の委任状の記入が必要となります。
	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーが請求する場合には、ここにチェックをしてください。 ※別は、別途申立書が必要となります。
申立欄	<input type="checkbox"/> 認知症等 <input type="checkbox"/> その他()

被保険者	番号	000111111111		
	住所	幸区〇〇町1-1		
	氏名	中原 太郎	生年月日	明 年 〇〇 月 〇〇 日

請求の目的	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプランの作成 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

必要な帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	方法	<input type="checkbox"/> 閲覧
	<input checked="" type="checkbox"/> 認定情報		<input checked="" type="checkbox"/> 写しの窓口交付(1ヶ月間保管)
	<input checked="" type="checkbox"/> 調査票の特		<input type="checkbox"/> 写しの郵送交付

委任状 (被保険者本人署名)
私は、介護サービス計画作成等のために、要介護認定・要支援認定にかかる主治医意見書及び認定調査情報の閲覧若しくは受領を、上記請求者に委任します。
中原 太郎

(代筆)
本人執筆不可能なため、本人の意思を確認した上で代筆しました。
中原 一郎

【委任状】
被保険者本人から閲覧に対する委任を受けて請求を行う扱いとなります。
委任状の欄に本人署名が必要となります。
* 委任状を代筆した場合は代筆者の署名も必要です。
「居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書」と同時に申請し、「居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書」に同意があれば省略できます。

身分確認 (本人・家族等)	<input type="checkbox"/> 来庁者の身分確認
身分確認 (ケアプラン作成者等)	<input type="checkbox"/> ①介護支援専門員登録証 <input type="checkbox"/> ②事業所との雇用関係を証明する書類 <input type="checkbox"/> ③被保険者と事業所の契約書等 (介護予防支援の委託を受けた居宅介護支援事業者は、居宅の届出を行っている場合③は不要です。)

【身分確認】①②は、請求書提出時と帳票受領時の両方で必要となります。

①介護支援専門員登録証(顔写真付き)
②事業所との雇用関係を証明する書類(社員証、雇用契約書 等)
③被保険者と事業所との契約書等(写しの添付)
* ケアプラン作成のため...居宅サービス計画作成依頼届出書が提出されていることをもって省略可
* 個別ケア会議のため...個別事例対象者と確認できる書類(個別ケア会議の同意書等)
* 特養入所判定のため...入居申込書
(介護予防支援の委託を受けた居宅介護支援事業者は、居宅の届出を行っている場合③は不要です。)

! 郵送での請求においては、①から③の写しの添付が必要です。