様式第１号(第４条関係)

介護保険情報提供申出書

　　年　　月　　日

　　(宛先)太田市長

申出者　郵便番号

住所(居所)

氏名

電話番号

　介護保険事業担当課が保有する介護保険情報の提供を次のとおり申し出ます。なお、当該介護保険情報の提供を受けたときは、適正に利用することを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ 申出に係る情報の対象者（死者） | ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| ２ 申出に係る情報の内容 |  |
| ３ 申出の理由 |  |
| ４ 提供の方法 | □閲覧　　□写しの交付　(郵送の希望　有・無) |
| ５ 申出者と死者との関係(その他の場合は( )内に内容を記載してください｡) | □配偶者□子□父母□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

(注)　1　「申出に係る情報の内容」欄は、提供の申出をしようとする情報が特定できるよう具体的に記入してください。

　　　2　申出者は、本人であることを証明する書類(運転免許証等)を提出し、又は提示してください(原本又は写し)。また、申出者と死者との関係が分かる書類(戸籍謄本等)を提出してください(原本)。

　　　3　該当する□にレ印を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【職員記入欄】この欄には記入しないでください。 | 受付印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申出者本人確認覧 | １点　□運転免許証　□個人番号カード□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 確認者 |
| ２点　□旅券　　　　□健康保険の被保険者証□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 　 |
| 申出者資格確認覧 | □戸籍の謄抄本　□その他(　　　　　　　　　　　　　) |