

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	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 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。

受付印

【職員記入欄】 この欄には記入しないでください。

申出者本人確認覧	1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )	確認者
	2点 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )	
申出者資格確認覧	<input type="checkbox"/> 戸籍の謄抄本 <input type="checkbox"/> その他( )	