介護保険情報提供申出書

都城市長　宛て　　年　　月　　日

以下の被保険者の情報提供を申し出ます。

※太枠内全てを記入し、提出してください。

申出者	氏名 または 事業所・施設名 （担当者氏名）		本人との関係	□　本人 □　家族（続柄　　） □　地域包括支援センター □　居宅介護支援事業者 □　介護保険施設 □　その他（　　）
	事業所番号 ※事業所のみ記入			
	住　　所 所 在 地	TEL(　　)　－		

被保険者	フリガナ		被保険者番　号	
	氏　名			
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日　　（　男　・　女　）		
	住　所			
提供内容	□（　負担限度額　・　社会福祉法人等利用者負担軽減制度　）の進捗状況 □（　住宅改修　・　福祉用具　）の残金 □　介護保険負担割合及び適用期間 □　その他（　　）			

≪同意欄≫

私は、都城市が保有する下記情報について、上記の申出者に提供することに同意します。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署出来ない場合）代筆者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）

※同意欄は原則として被保険者本人の自筆にてお願いします。

※被保険者本人の身体の状態等により自署できない場合は、本人の同意の上、介護者である親族またはそれに準じる方による代筆が可能です。

【市記入欄】

回答内容	

確認欄	申出書確認	本人確認	受付者	確認者