**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。**

≪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（　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  □　介進捗状況護保険施設  □　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　・　転倒予防　・　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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 回答内容 |  |
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 申出書確認 | 本人確認 | 受付者 | 確認者 |
|  |  |  |  |

【市記入欄】