

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	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