

介護保険情報提供申出書

年 月 日

熊本市長 様

住所
申出者 氏名
電話番号

介護保険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 提供の区分 次のいずれかに☑してください。	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	
5 申出者と死者との関係（該当するものを○で囲んでください。）	(1) 配偶者 (7) 相続人 (2) 子 (8) (1)～(7)の法定代理人 (3) 父母 (9) (1)～(7)の任意代理人 (4) 祖父母 (5) 兄弟姉妹 (6) 孫	
申出者本人の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () ※郵送により請求する場合は、この申出書と上記の確認書類に加えて、住民票の写しを同封してください。	
申出資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()	
申出者が法定代理人または任意代理人の場合	遺族の氏名	
	遺族の住所又は居所	

	遺族の状況	<input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者
	死者と遺族の関係が分かる書類	<input type="checkbox"/> 戸籍の謄本又は抄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
法定代理人の確認書類 提示又は提出するものに☑してください。	<input type="checkbox"/> 戸籍の謄本又は抄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記の登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
任意代理人の確認書類 提示又は提出するものに☑してください。	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任者の運転免許証や個人番号カード等の写し <input type="checkbox"/> 委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考		

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。

注2 申出者は、本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券、健康保険証、個人番号カード等）及び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、又は提示してください。なお、これらの書類が確認できない場合は情報提供できませんので、ご了承ください。

注3 備考欄は、記入しないでください。