

委任状

(熊本市介護保険事業における死者の介護情報提供に係る申出用)

(代理人) 住所 _____
氏名 _____

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 死者の介護情報提供の申し出を行う権限
- 2 死者の介護情報提供決定等の期限を延長した旨の通知を受ける権限
- 3 死者の介護情報提供の申し出に係る死者の介護情報の全部又は一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び死者の介護情報提供の申し出に係る個人情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
- 4 死者の介護情報提供の実施の方法その要綱で定める事項を申し出る権限及び死者の介護情報提供の実施を受ける権限

年 月 日

(委任者) 住所 _____
氏名 _____ 印
連絡先電話番号 _____

(注) 以下のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限る。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（個人番号通知カードは不可）など委任者本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。