

死者の介護保険情報提供申出書

年 月 日

酒田市長 宛

住所  
 申出者 氏名  
 電話番号

死者の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 申出に係る対象被保険者（死者）	氏名
	生年月日
	被保険者番号
2 申出に係る情報の内容	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3 申出の理由	<input type="checkbox"/> 相続に係る手続きに必要なため <input type="checkbox"/> 生命保険等の手続きに必要なため <input type="checkbox"/> その他（ ）
4 情報提供の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付
5 申出者と死者との関係	<input type="checkbox"/> 死者の相続人 <input type="checkbox"/> 死者の配偶者、子、父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 上記の代理人

以下確認欄

【申出者本人の確認書類】

運転免許証 旅券 個人番号カード その他（ ）

※顔写真付きのものについては1点、それ以外は2点確認

【死者との関係が確認できる書類】

戸籍謄本 その他（ ）

【申出者が代理人の場合】

登記事項証明書（法定代理人の場合）

委任状（様式2号）（任意代理人の場合）

【郵送希望の場合】

切手を貼付した封筒（申出者住所に送付）