介護保険負担割合の情報提供に係る申出書

年　　月　　日

（あて先）

綾　瀬　市　長

私は、次により介護保険の被保険者に係る利用者負担の割合に関する情報について、提供くださるよう申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="5">申出者（窓口に来られた方）</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者との関係</td><td colspan="5">□　居宅介護支援事業者　　□　介護サービス事業者
□　親族（　　）　　□　法定代理人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所（事業所にあっては名称、所在地）</td><td>介護保険事業所番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">連絡先　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申出者の本人確認</td><td colspan="4">□　事業所職員証　　□　運転免許証　　□　住民票・戸籍謄本
□　その他（　　）</td></tr>
</table>

〔本人同意欄〕

私は、申出者が次の者であることを証するとともに、綾瀬市が保有する私の介護保険に係る利用者負担の割合に関する情報について、申出者に提供することに同意します。

□　本人に係る居宅介護支援事業者

□　本人に係る介護サービス事業者

□　私の親族　（　　）

□　法定代理人（　　）

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔綾瀬市記入欄〕

利用者負担の割合	割	開始年月日 終了年月日	年　月　日 年　月　日
	割	開始年月日 終了年月日	年　月　日 年　月　日