

年 月 日

(宛先) 介護保険課長

介護保険情報提供申出書

住 所

氏 名

電話番号

介護保険課が保有する次の情報の提供を受けたいので、申し出ます。

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 申出に係る情報の対象 被保険者（死者） | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | 死亡日 | | | | | |
| 対象被保険者との関係 | | | | | | | | | |
| 申出に係る情報の内容 (情報が特定できるよう具体的に記入してください。) | | | | | | | | | |
| 申出の理由 | | | | | | | | | |
| 希望する提供の方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 | | | | | | | | |

注1 この申出書は、介護保険課の窓口提出してください。各市民サービスセンター窓口又は郵送、電話、メールもしくはFAXでは受け付けておりません。

注2 申出に当たっては、申出者が本人であることを示す書類（運転免許証、旅券、障害者手帳、個人番号カード等）および対象被保険者（死者）との関係が確認できる書類（戸籍謄本、法定相続情報一覧図等）の原本を提示してください。

注3 申出をすることができるのは、相続人、配偶者、子、孫、父母、祖父母および兄弟姉妹に限られます。代理人が申出をする場合は、委任状、当該代理人が本人であることを示す書類および委任者と対象被保険者（死者）との関係が確認できる書類が必要となります。

注4 郵送での情報提供を希望する場合は、180円切手を貼付した返信用封筒が必要です。

<<秋田市処理欄>>

本人確認： _____ 死者との確認： _____ 確認者： _____