

令和 年 月 日

介護保険自己情報提供申請書

(あて先)三芳町長

介護保険自己情報の提供を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ	ミヨシ ハナコ	被保険者との関係	妻
	氏名	三芳 花子		
	住所	三芳町 藤久保 1100-1 電話番号 ()		
対象被保険者	フリガナ	ミヨシ タロウ	被保険者番号	1234567890
	氏名	三芳 太郎		
	住所	三芳町 藤久保 1100-1 電話番号 ()		
使用目的	特別養護老人ホーム優先入所にかかる添付資料として			
提出先施設	〇〇園、〇〇苑			
情報提供の内容	主治医意見書・認定調査書 (写)			

事務処理欄	本人確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	請求者確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	備考	