

様式第1号（第4条関係）

死者に関する介護保険情報開示申請書

年 月 日

福津市長 様

私は、貴市が保有する死者に関する介護保険情報について、次のとおり開示されるよう、該当者との関係が明らかにできる書類を添えて申請します。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。

該当者 (被保険者)	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	ふりがな 氏 名			
	亡くなった時の 住 所	〒		
開示を申請する資料	<期間>	年 月 から 年 月 まで	使用目的	<input type="checkbox"/> 遺族の相続に係る調停手続きに必要なため <input type="checkbox"/> 加入している生命保険等の手続きに必要なため <input type="checkbox"/> その他 ()
	<種類>	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <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 ()		
開示の方法		<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 郵送希望)		
申請者	ふりがな 氏 名			<input type="checkbox"/> 遺族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
	住 所 または居所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 〒		
	電話番号	()	自宅・職場・携帯・その他 ()	
備 考				

<事務局確認欄>

処理経過欄	受 付 印	確認書類	
	提供日	<申請者確認書類>	<input type="checkbox"/> 身分証明書 (<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード) <input type="checkbox"/> その他 ()
	/ /	<代理人確認書類>	<input type="checkbox"/> 該当者との関係性が証明できる戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 (法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 (任意代理人)

- 注
- 1 □については、該当する□にレ印を付けてください。
 - 2 申請の際は、申請者欄に記載された申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、個人番号カード等）の提示又は提出が必要です。
※顔写真付きのものについては1点、それ以外は2点確認が必要です。
 - 3 上記に加え、戸籍謄本（開示請求の日前30日以内に作成されたものに限る。）その他該当者との関係性が証明できる書類の提示又は提出が必要です。
 - 4 法定代理人による申請の場合は、2、3の書類のほか登記事項証明書等その資格を証明する書類の提示又は提出が必要です。
 - 5 任意代理人による申請の場合は、2、3の書類のほか委任状（様式第2号）の提出が必要です。
 - 6 任意代理人による申請の場合は、本人に対し、代理権の付与についての確認を行う場合がありますので、委任状の委任者連絡先を必ず記載してください。
 - 7 申請をした代理人が当該開示請求に係る死者に関する介護保険情報の開示を受ける前にその資格を喪失したときは、直ちに書面でその旨を届け出てください（当該届出があった段階で、取下げがあったものとみなします。）。
 - 8 開示の希望日については、備考欄を活用ください。
 - 9 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。