

栗原市要介護認定等情報提供申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

栗原市長 殿

申請者

住所又は所在地 居宅介護支援事業所〇〇

氏名又は代表者名 所長 〇〇 〇〇

(続柄又は担当者名 △△ △△ )

電話番号 012-345-5678

次のとおり、市が保有する介護保険要介護認定等に係る情報提供を申請します。
なお、情報提供を受けたものは、栗原市介護保険要介護認定等に係る情報提供に関する要綱第7条第1項を遵守し、申請者の責任において適正に管理します。

Table with 2 columns: Information Category (e.g., Information to be provided, Purpose of use, Provision method, Attached documents) and Details (e.g., Insured person number, Name, Address, Date of birth, Application date, Checkboxes for services and documents).

【本人等の同意欄】

私は、栗原市が所有する上記資料について、申請者への提供等に同意します。

本人等（本人又は法定代理人）署名 □□ □□

※要綱第4条第2項に規定する、被保険者本人が自署できない代筆の場合

代筆者（親族） 住所 ××××××××××××××××××

氏名 ×× ×× (続柄 子 )