

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

みよし広域連合長 様

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	
	電話番号	（ ） 自宅・職場・携帯・その他（ ）

みよし広域連合介護保険事業における死者の介護保険情報の開示に関する要綱第4条の規定に基づき、次のとおり死者の情報の開示を請求します。

また、申請に当たっては「みよし広域連合介護保険事業における死者の介護保険情報の開示に関する要綱」を確認した上で、全ての事項について同意します。

1 開示に係る情報の対象者 (死者)	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	亡くなった 時の住所	
2 開示に係る介護保険情報の 名称等		
3 開示の理由		
4 開示の区分(希望する方法 を○で囲んでください。)	(1)写しの交付 (2)閲覧 (3)その他（ ）	
5 申請者と死者との関係(該 当するものを○で囲み、(4) の場合は( )内にその内容を 記載してください。)	(1)配偶者 (2)子 (3)父母 (4)その他（ ）	

注1 「開示する介護保険情報の名称等」欄は、開示の申請をしようとする情報が特定できるように具体的に記入してください。

2 申請者は、本人であることを証明する書類（運転免許証、個人番号カード等）及び申請者と死者との関係が分かる書類（戸籍謄本等）を提出し、又は提示してください。なお、これらの書類が確認できない場合は情報開示できませんので、ご了承ください。