

（表）

情報提供申出書

年 月 日

海田町長 様

申出者

（〒 - ）

住 所： _____

氏 名： _____

電話番号： _____

海田町死亡者の介護保険情報の提供に関する要綱第4条第1項の規定により、次のとおり死亡者の情報提供を申し出ます。また、申出にあたって、海田町が私と死亡者との関係について町の備える公簿等により確認することについて同意します。

1 死亡者の情報等（具体的に特定してください。）

| | |
|------------|--|
| 死亡者の氏名 | |
| 死亡者の生年月日 | 年 月 日 |
| 死亡者と申出者の関係 | |
| 申出に係る情報の内容 | |
| 申出の理由等 | |
| 提供方法の区分 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 |

2 本人確認等

| |
|--|
| ア 届出を行う者の区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 保佐人又は補助人若しくは任意後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 |
| イ 届出を行う者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード，特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |

※ 裏面に続きます。

(裏)

| | |
|---|--|
| ウ | 申出者と死者との関係確認書類（請求する日前30日以内に発行されたものに限る。） <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） |
| エ | 申出者の状況（本人以外が請求する場合にのみ記入してください。） <input type="checkbox"/> 未成年者（ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 被保佐人又は被補助人若しくは任意後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 |
| オ | 法定代理人等（保佐人又は補助人若しくは任意代理人を含む。）が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） |
| カ | 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状（様式第2号） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） |