

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

つくばみらい市長 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。

また、申請に当たっては「つくばみらい市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。

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	〒		
申請者	ふりがな		☐ 遺族（続柄： ） ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人	
	氏 名			
	住 所 または居所	☐ 被保険者本人と同じ 〒		
	電話番号	() 自宅・職場・携帯・その他 ()		
開示を申請する資料	<期間>	年 月から 年 月まで	使用 目的	☐ 遺族の相続に係る調停手続きに必要なため ☐ 加入している生命保険等の手続きに必要なため ☐ その他 ※用途を具体的に記入してください。
	<種類> ☐ 認定調査票 ☐ 主治医意見書 ☐ 介護保険要介護認定・ 要支援認定等結果通知書 ☐ 介護認定審査会資料 ☐ その他 ()			

<市介護福祉課確認欄>

処理経過欄	受付印	確認書類
		< 遺 族 確 認 書 類 > ☐ 遺族の身分証明書 ☐ 該当者との関係性が証明できる戸籍謄本等 < 代 理 人 確 認 書 類 > ☐ 代理人の身分証明書 ☐ 登記事項証明書（法定代理人） ☐ 委任状（任意代理人） ※代理人による申請の場合は、遺族確認書類のうち戸籍謄本等が必要
	提供日	交付方法
	年 月 日	☐ 窓口 ☐ 郵送