

介護保険サービス事務手続き等代行に関する同意書

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 - 電話番号 () - 八幡浜市		

八幡浜市長 様

私は、八幡浜市に対して行う次の介護保険サービスの手続きについて、下記の事業所が代行して行うことに同意します。

年 月 日

被保険者署名

代筆者署名

(続柄)

○ 代行する事務手続きは以下の通りとします。
なお、同意しない手続きについては備考欄に
『×』をご記入ください。

備考欄

介護保険被保険者証等の受領に関すること	
介護保険負担割合証等の受領に関すること	
サービス暫定利用等に係る一次判定（暫定）の照会に関すること	
サービス暫定利用等に係る負担割合の照会に関すること	
福祉用具購入費及び住宅改修費の残額等の照会及び申請手続きに関すること	
減免手続（負担限度額認定等）の申請書の提出及びその結果の受領に関すること	
介護保険被保険者証等の再交付に係る申請書の提出及びその受領に関すること	

記

(同意先事業所)

事業所名	
代表者氏名	
所在地	〒

(地域包括支援センターが要支援者の介護予防支援を委託している場合、その受託事業所)

事業所名	
代表者氏名	
所在地	〒

※1 この同意書には、被保険者と事業所が取り交わした個人情報の取扱い（守秘義務等）に関する同意書等の写しを添付してください。

※2 この同意書の有効期間は、被保険者の要介護認定等の有効期間と同一とし、その要介護認定等が更新等された場合は、自動更新されたものとみなします。