

事務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事務手続きについて、契約している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)

○ 代行して行う以下の項目に同意しない手続きがある場合は、その項目を二重線で消してください。

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

○事業所は、この同意書による代行手続きによって知り得た個人情報等は守秘義務及び、保有個人情報外部的供申請書の遵守事項に基づき適正に取り扱うことを誓約いたします。

(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	〒

※ 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。