

(宛先)糸魚川市長 様

個人情報の確認等に関する同意書

(介護予防・日常生活支援総合事業)

私は、介護予防ケアマネジメントの作成等介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運営のために必要があるときは、介護保険負担割合証の内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に提示することに同意します。

年 月 日

本人氏名 _____

住 所 糸魚川市 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日