介護保険負担割合証記載の利用者負担の割合に係る情報提供同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　伊勢市長　様

（被保険者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　 | 被保険者番号 |  |
|  | 住所 |  |
| 住 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 氏名 |  |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |

私は、下記の事業者に対して、居宅(施設)サービス計画作成又は介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成のため、介護保険負担割合証記載の利用者負担の割合を、伊勢市が情報提供することに同意します。

事業所又は施設の名称

 所在地

　電話番号