様式第18号（第11条の3関係）

介護保険負担割合情報提供申請書

フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生　年　月　日	年　月　日生	性　別	男　・　女
住　所	〒	認定申請日	年　月　日

年　月　日

（宛先）下関市長

上記のとおり、介護保険認定申請後、介護保険サービスの暫定利用のため、　　年度負担割合の情報提供を申請します。

申　請　者　住所
（被保険者）

氏名　　電話（　　）

代理申請者　住所

（申請者との続柄　　）

氏名　　電話（　　）

注意　介護認定申請後、介護サービスを暫定で利用する方が対象です。介護認定の決定後に介護サービスを利用する方は、交付された介護保険負担割合証を確認してください。

（市記入欄）

提　出	□本人　□代理　□使者　□郵送		身元確認	写真無は2点 ※写真付は1点
代理権の確認	□介護保険被保険者証 □委任状 □その他（　　）			□運転免許証　□旅券　□個人番号カード □身体障害者手帳 □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証 □介護保険負担限度額認定証 □健康保険・後期高齢者医療被保険者証 □介護支援専門員証 □その他（　　）
個人番号確認	個人番号確認	有　・　無		
	通知カード・住民票提示	有　・　無		
	システム確認	□確認済み		