

# 同意書

受任者 住 所 \_\_\_\_\_  
(代理人)

事業所名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、介護保険の被保険者に係る要介護認定結果通知等（ 年 月 日審査会）の受領に同意します。

なお、代理人は、要介護認定結果通知等を受領した際は、個人情報保護法に基づき、適正に管理することを約束します。

令和 年 月 日

日置市長 殿

委任者 被保険者番号 \_\_\_\_\_  
(被保険者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者との関係 \_\_\_\_\_

※代筆の場合、代筆者氏名（基本：親族）及び被保険者との関係を記入してください。

受取理由（ \_\_\_\_\_ ）

※ 同意書提出につきましては審査会決定日から審査会前日までをお願いいたします

※ 保険証の受け取りは審査会翌日（13時～15時）までをお願いいたします