

個人情報の提供に関する同意書

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 御中

利用者(本人) 住 所
氏 名

代 理 人 住 所
氏 名

(本人との続柄)

介護保険サービス、介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたり、利用者負担の確認のため、貴組合が保有する私に関する個人情報(利用者負担段階・負担割合)を居宅介護(介護予防)支援事業者・介護保険施設 _____ に対して提供することについて同意します。

