介護保険　要介護･要支援　認定転入申請書

厚木市長　　あて

次のとおり申請します。　　申請日 令和　　年　　月　　日

介護被保険者番号		0000123456		個人番号	1234 5678 9101			
医療保険	保険者名	○○健康保険組合		保険者番号	○○○○			
	被保険者記号･番号	記号	○○○○	番号	○○○○	枝番	○○	
	フリガナ	アツギ　カズコ		生年月日	明･大･昭　○年　○月　○日			
	氏　名	厚木　和子		性　別	男 ・ 女	年 齢	○○ 歳	
	住　所	〒 243 - 1234　電話番号　046(000)0000 厚木市　中町○丁目○番○号　(　　)様方						
	現在の状態区分	要支援 ・ 要介護	3	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日～令和 ○年 ○月 ○日			
				前保険者名(前自治体名)	○○○○市			
	利用中･希望のサービス	ヘルパー						

個人番号(マイナンバー)収集の同意について

介護認定等申請について、本申請書に個人番号を記載することが番号法により、原則、同番号を取得することとされています。

申請書に記載されていない場合、市が住民基本台帳を確認し、本申請書に記載することに、

☑ **同意します。**　　☐ **同意しません。**

本人氏名　厚木　和子

申請(代行)者	住所(所在地)	〒 ○○○-○○○○　電話番号○○○(　○○○　)○○○○ 厚木市中町○丁目○番地○号	代行事業者記入欄	☐ 地域包括支援センター	☐ 居宅介護支援事業者
				☐ 指定介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設
				☐ 介護医療院	☐
	氏名(事業者名)	厚木　聡		担当者名:	
	本人との関係	長男			

※備考	受付者	

厚木市確認欄(ここから下は記入しないでください)

番号確認 ☐ カード ☐ 住基(担当者サイン　　)　本人確認 ☐ 写真あり ☐ 2種類

代理権確認 ☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ 被保険者証　代理人確認 ☐ 写真あり ☐ 2種類 ☐ 介護支援専門員証