

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	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇		
	被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	枝番
フリガナ	アツギ カズコ	生年月日	明・大(昭) 〇年 〇月 〇日			
氏名	厚木 和子	性別	男・(女) 年齢	〇〇 歳		
住所	〒243-1234 電話番号 046(000)0000 厚木市 中町〇丁目〇番〇号 ()様方					
現在の 状態区分	要支援・(要介護) 3	有効期間	令和 〇年 〇月 〇日~令和 〇年 〇月 〇日			
		前保険者名(前自治体名)	〇〇〇〇市			
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、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。						
本人氏名 厚木 和子						

申請 (代行) 者	住所 (所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 厚木市中町〇丁目〇番地〇号	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
	氏名 (事業者名)	厚木 聡		指定介護老人福祉施設	介護老人保健施設
	本人との 関係	長男		介護医療院	
			担当者名:		

※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