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				個人番号				
医療保険	保険者名			保険者番号				
	被保険者記号･番号	記号		番号			枝番	
	フリガナ			生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日			
	氏　名			性　別	男 ・ 女	年 齢	歳	
	住　所	〒　　－　　電話番号　　（　　） 厚木市　　（　　）様方						
	現在の状態区分	要支援 ・ 要介護		有効期間	年　月　日～　　年　月　日			
				前保険者名（前自治体名）				
	利用中･希望のサービス							

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

申請（代行）者	住所（所在地）	〒　　電話番号　　（　　）	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）			担当者名：		
	本人との関係					

※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