

# 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			
	被保険者証	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							
<p>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、</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 同意します。      <input type="checkbox"/> 同意しません。             </p>							
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
	氏名(事業者名)				指定介護老人福祉施設		介護老人保健施設
	本人との関係				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