|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **個人番号及び医療保険被保険者番号等の**  **記載等に関する確認書**  　　　　年　　　　月　　　　日  被保険者  住 所  氏 名  私は介護保険に関する申請書類の記載に必要な個人番号（マイナンバー）及び医療保険被保険者番号等  の取り扱いについて、下記のとおりとします。  ※該当する下記の番号を○で囲んでください。  ア.個人番号（マイナンバー）について  １．市が記載及び確認をすることに同意します。  ２．市が記載及び確認をすることに同意しません。  ３．本人が認知症等で意思表示能力が低下しているため、同意を確認することができません。  イ.医療保険被保険者番号等について**（要介護認定に関する申請において必要です）**  １．市が記載及び確認をすることに同意します。  ２．市が記載及び確認をすることに同意しません。  ３．本人が認知症等で意思表示能力が低下しているため、同意を確認することができません。  ※上記のどちらか一方でも３に該当する場合は、**太枠内**の記載もお願いいたします。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 上記３に該当することを確認した方 | 住所または事業所名 |  | | 氏名 | （本人との関係　　　　　） |   窓口来庁者（郵送の場合は用紙記載者）を記入してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 住所または事業所名 |  | （※市記入欄）  本人確認書類  □運転免許証  □個人番号カード  □介護支援専門員証  □その他（　　　　　　　　　　） | | 氏名 |  | | 本人との関係 |  | |