|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |

 |