

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

令和 年 月 日

被 保 険 者 (配 偶 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。

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. 被保険者の利用の意思確認が困難であるため、同意を確認することができません。

医療保険被保険者番号等について

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. 被保険者の利用の意思確認が困難であるため、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、確認者欄の記載もお願いいたします。

確認者	住所または事業所名	
	氏 名	(本人との関係)

窓口来庁者（窓口来庁者が記入してください。）

住 所 または事業所名		※確認書類（市記載欄） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏 名		
本人との関係		