

記載例

個人番号の記載等に関する確認書

令和 年 月 日

被保険者本人の記載が困難な場合は、代筆により記入をお願いいたします。

配偶者「有」の場合は、被保険者欄及び配偶者欄の両方を記入してください。

被 保 険 者

住 所 常陸太田市金井町〇〇番地

氏 名 太田 一郎

配 偶 者

住 所 常陸太田市金井町〇〇番地

氏 名 太田 花子

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）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。

※ 下記の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。

いずれかの番号を○で囲んでください。

1. 市が個人番号（マイナンバー）の記載及び確認をすることに同意します。
2. 市が個人番号（マイナンバー）の記載及び確認をすることに同意しません。
3. 被保険者の個人番号（マイナンバー）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。

確認者	住所または事業所名	
	氏 名	
	本人との関係	

3番に○を付けた場合には、確認者欄のご記入をお願いいたします。（1番または2番の方は記入不要です。）

窓口来庁者（窓口来庁者が記入してください。郵送する場合は記載者を記入してください。）

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		

市役所に来庁された方のお名前等をご記入ください。
郵送する場合は、記載された方をご記入ください。その場合は、記載された方の身分証の写しを同封してください。

