

介護保険 転入 申請書

東大和市長 殿 次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所 (本人の場合、省略)	〒 _____ 電話番号 ()		

被保険者	被保険者番号 (左側のゼロは省略)	個人番号							
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性別	男	女
	住所	〒 _____ 電話番号 ()							

現在の居所について、以下の(1)～(5)のいずれかにご記入ください。

<input type="checkbox"/> (1) 在宅	住所地に居住	記入は省略						
	住所以外に居住	〒 _____	電話番号 ()					
<input type="checkbox"/> (2) 医療機関	名称	入院日	年	月	日	1 医療保険 2 介護保険 3 どちらか不明		
		退院予定	年	月	日			
	所在地	〒 _____ 電話番号 ()						
<input type="checkbox"/> (3) 老人保健施設	名称	入所日	年	月	日			
		退所予定	年	月	日			
<input type="checkbox"/> (4) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)								
<input type="checkbox"/> (5) その他の施設 (有料老人ホーム等)	所在地	〒 _____ 電話番号 ()						

要支援1、要支援2の場合、東大和市から高齢者ほっと支援センター(地域包括支援センター)に情報提供することに同意します。(同意の場合は右欄に署名)

本人氏名	
代筆者氏名	(ご本人との関係)

(市処理欄)

- 本人確認
- マイナンバー確認