

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	退院予定	年	月	日	1 医療保険 2 介護保険 3 どちらか不明
		所在地	〒 —		電話番号 ()					
	<input type="checkbox"/> (3) 老人保健施設 <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)	名称	入所日	年	月	日	退所予定	年	月	日
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