



必要事項を記入のうえ、日野市 健康福祉部 介護保険担当宛てに送付してください。

※ご本人の状態を確認するため、認定調査員が訪問します。ご本人が住所以外の居住地（ご家族の住所や施設）で生活している場合は下欄に居住地を記入してください。

居住地	〇〇〇県△△市●●町1-1-1 日野 三郎宅
電話番号	000-1234-5678

施設に入所中、または病院に入院中の場合には施設名（病院名）、電話番号を記入してください。

※屋間に必ず連絡がつくところを記入してください。  
調査員が伺う際に、日程等の調整のためのご連絡をさせていただきます。

連絡先	氏名	日野 桜子	続柄	子	調査時の同席を	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	〇〇〇県△△市●●町1-1-1				
備考						

連絡先は必ずご記入ください。

40~64歳の方はこちらをご確認いただき、必要な場合は資格確認書または有効な健康保険証の写しを添付してください。

※... います。  
※... 場合はチェックしてください。

マイナ保険証を保有し、健康保険証として利用登録している。  
(マイナンバーを用いた情報連携にて、医療保険の加入関係を確認させていただきます。)

あてはまらない場合は、「資格確認書」のコピーをお貼りください。

マイナンバー（個人番号）が確認できるもの	本人確認ができるもの
A マイナンバー（個人番号）カードの裏面の写し	マイナンバー（個人番号）カードの表面の写し
B マイナンバー通知カード の写し	介護保険保険証・負担割合証・資格確認書（いずれか2点）の写し
C マイナンバー通知カード の写し	障がい者手帳など顔写真付の証明書（いずれか1点）の写し

下記のA・B・C いずれかの組み合わせで、マイナンバー（個人番号）の確認ができるものの写しと本人確認ができるものの写しをお貼りください。

市記入欄

調査票	<input type="checkbox"/> 依頼済み	意見書	<input type="checkbox"/> 依頼済み
個人番号確認			
身元確認		番号確認	
写真あり1点	写真なし2点		