



(裏面)

# 【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

個人番号確認	身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A'	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス)
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり)
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 年金証書	
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)
代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A'	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B
<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス)
<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード
<input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり)
<input type="checkbox"/> 保護受給証明書	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場)	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	
	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)

市  
町  
村  
処  
理  
欄