

介護保険に関する手続きでは、ご本人の「個人番号」とご本人の確認ができる書類が必要です。

代理人の場合は、代理権と代理人の確認、ご本人の個人番号が確認できる書類が必要です。

1. ご本人による申請に必要な書類 [窓口来所・郵送 (郵送の場合はコピー可)]

番号確認	<p>次の(1)~(3)のいずれか1つが必要です。</p> <p>(1) マイナンバーカード (個人番号カード)</p> <p>(2) 個人番号記載の住民票の写し又は住民票記載事項証明書</p> <p>(3) 通知カード</p> <p>通知カードの表面記載事項 (氏名、住所、生年月日、性別、個人番号) が住民票の内容と一致している場合のみ番号確認の書類として利用が可能です。</p>
本人確認	<p>次の(1)(2)のいずれか1つが必要です。(1)(2)が困難な場合は(3)が2つ以上必要です。(期限が切れたもの、顔写真が現在の容姿と著しく異なるものは利用できません。)</p> <p>(1) マイナンバーカード (個人番号カード)</p> <p>(2) 運転免許証、運転経歴証明書 (平成24年4月1日以降に交付のもの)、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳 (療育手帳)、在留カード、特別永住者証明書、その他の官公署発行で写真付の 氏名、 生年月日又は住所が記載されているもの</p> <p>(3) 上記(1)(2)が困難な場合は、以下の書類が2つ以上必要です。 介護保険被保険者証 (資格者証)、負担割合証、認定更新通知、保険料決定通知、生活保護受給者証、年金手帳、公的医療保険の被保険者証 (健康保険証、後期高齢者医療証等 コピーの場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号はマスキングなどで消してください。)、その他の官公署発行で 氏名、 生年月日又は住所が記載されているもの、公共料金領収証 (電気、ガス、水道、電話)</p>

上記の書類が必要ですが、やむを得ず用意が困難な場合は、区において被保険者が確認できれば申請を受理します。

(裏面あり)

2. 代理人による申請に必要な書類 [窓口来所・郵送 (郵送の場合はコピー可)]

代理権の確認	<p>次の(1)~(3)のいずれか1つが必要です。</p> <p>(1) 法定代理人は、登記事項証明書その他その資格を証明する書類</p> <p>(2) 任意代理人は、委任状</p> <p>(3) 上記(1)(2)が困難である場合は、本人の介護保険関係書類(介護保険被保険者証、負担割合証、認定更新通知、保険料決定通知等、その他の官公署から本人に対し一つに限り発行・発給された書類)</p>
代理人の確認	<p>代理人が個人の場合は、(1)が必要です。(1)が困難な場合は(2)が必要です。 (期限が切れたもの、顔写真が現在の容姿と著しく異なるものは利用できません。)</p> <p>代理人が法人の場合は、(3)が必要です。</p> <p>(1) 以下の書類が1つ必要です。 代理人のマイナンバーカード(個人番号カード)、介護支援専門員証(ケアマネ証)、運転免許証、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降に交付のもの)、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳(療育手帳)、在留カード、特別永住者証明書、その他の官公署発行で写真付の氏名、生年月日又は住所が記載されたもの</p> <p>(2) 上記(1)が困難な場合は、以下の書類が2つ以上必要です。 代理人の公的医療保険の被保険者証(健康保険証、後期高齢者医療証等 コピーの場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号はマスキングなどで消してください。)、介護保険被保険者証(資格者証)、負担割合証、認定更新通知、保険料決定通知、生活保護受給者証、年金手帳、児童扶養手当証書、その他の官公署発行で氏名、生年月日又は住所が記載されているもの、公共料金領収証(電気、ガス、水道、電話)、社員証</p> <p>(3) 法人の場合は、アの書類が必要です。アがない場合はイとウの書類が必要です。 ア 介護保険サービス指定事業者と本人の契約書等の写し(本人と法人名、法人住所の記載箇所の写し) イ 登記事項証明書その他の官公署から発行された書類(商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地が記載されているもの) ウ 法人と本人の関係を証する書類(契約書等の本人と法人名、法人住所の記載箇所の写し)</p>
本人の番号確認	<p>本チラシの表面 1. ご本人による申請に必要な書類 [窓口来所・郵送 (郵送の場合はコピー可)] 番号確認に記載の書類が必要です。</p>

代理権、代理人の身元確認で書類不足等で疑義が生ずる場合は、区より本人に代理人について照会することがあります。

上記の書類が必要ですが、やむを得ず用意が困難な場合は、区において被保険者が確認できれば申請を受理します。

【介護保険申請のお問い合わせ先】

部署名	電話	FAX
世田谷 総合支所 保健福祉課	5 4 3 2 - 2 8 5 0	5 4 3 2 - 3 0 4 9
北 沢 総合支所 保健福祉課	6 8 0 4 - 8 7 0 1	6 8 0 4 - 8 8 1 3
玉 川 総合支所 保健福祉課	3 7 0 2 - 1 8 9 4	5 7 0 7 - 2 6 6 1
砧 総合支所 保健福祉課	3 4 8 2 - 8 1 9 3	3 4 8 2 - 1 7 9 6
烏 山 総合支所 保健福祉課	3 3 2 6 - 6 1 3 6	3 3 2 6 - 6 1 5 4