

## 令和7年度 高齢者施設等によるマイナンバーカード取得支援事業実施要項

### 1 実施目的

マイナンバーカードの取得を希望しているが、自身での手続きが困難な者について、高齢者施設、介護保険施設、障害者施設等の福祉施設、支援団体等が行う申請サポート・代理交付によるカードの受取りに対し、謝礼金を支払うことによりマイナンバーカードの申請及び交付を促進することを目的とする。

### 2 自身での手続きが困難な者

本市に住民票を有する高齢者施設等の入所者、要介護・要支援認定者、障害のある者、長期入院者、75歳以上の高齢者又は社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者（以下「高齢者施設等の入所者等」という。）

### 3 本事業で支援を行う者

前項で示した高齢者施設等の入所者等に対し、マイナンバーカードの申請サポート又は代理で交付を受けることを行う福祉施設、支援団体等であり、本市に事業所を置くもの（以下「施設・団体等」という。）

ただし、法人格を有する施設・団体等に限る。

### 4 謝礼金支払いの対象となる事業及び支払い金額

高齢者施設等の入所者等に対して行った以下の事業について、施設・団体等が対応した人数に応じて、1事業あたり1人4,000円を乗じた金額を支払う。

#### (1) 申請サポート事業（郵送申請又はオンライン申請に限る。）

高齢者施設等の入所者等に対して、施設・団体等がマイナンバーカードの交付申請を代行して行うこと。

#### (2) 代理交付事業（市役所本庁1階市民課窓口での受取りに限る。）

高齢者施設等の入所者等に対して、施設・団体等がマイナンバーカードの受取りを代行して行うこと。

### 5 対象期間

令和7年4月14日（月）から令和8年3月13日（金）実績報告書提出分まで

### 6 謝礼金の支払い条件

#### (1) 事前に当該事業の参加申込み及び打合せを行い、事業実施について本市から管理番号の付与を受けた施設・団体等のみを謝礼金支払いの対象とする。

なお、管理番号の付与前に事業を実施したものは、謝礼金支払いの対象外とする。

また、参加申込みにあたり、事業実施の2週間前又は令和8年2月13日（金）までのいずれか早い期日までに事業参加申込書兼打合せ事項確認書の提出を行うこと。

- (2) 令和8年2月27日（金）までに事業を実施し、令和8年3月13日（金）までに実績報告を行った事業を謝礼金支払いの対象とする。
- (3) 本市に住民登録のある高齢者施設等の入所者等に対して実施した件数のみ、謝礼金支払いの対象とする。
- (4) 申請サポート又は代理交付の事実を確認できる場合に限り、謝礼金支払いの対象とする。
- (5) 事業の実施から2週間後又は令和8年3月13日（金）のいずれか早い期日までに、本要項の7及び10で示す書類を本市へ提出すること。

## 7 提出書類

- (1) 事業参加申込書兼打合せ事項確認書（様式第1号）
- (2) 実績報告書（様式第2号）
- (3) 添付書類

ア 申請サポート事業を実施した場合

- (ア) 申請サポート実施報告書（様式第3号）
- (イ) 個人番号カード交付申請書（写）

※オンライン申請の場合は、申請したことが分かるスクリーンショット等

- (ウ) 口座振替申出書（様式第5号）

イ 代理交付事業を実施した場合

- (ア) 代理交付実施報告書（様式第4号）
- (イ) 交付通知書（写）

※委任状欄記載済みのもの

- (ウ) 口座振替申出書（様式第5号）

## 8 支払い方法及び時期

提出書類等の確認を行い、謝礼金支払いの可否、金額、条件等を決定する。  
支払いは、口座振替とし、実績報告書受領後、速やかに支払うこととする。

## 9 謝礼金支払いの取消し及び返還

- (1) 次の場合は、謝礼金の支払いを取消することとする。
  - ア 偽りその他不正な手段により謝礼金の支払いを受けたとき。
  - イ この要項及び支払い条件の内容に違反したとき。
- (2) 次の場合は、指定された期限までに支払いを受けた謝礼金を返還することとする。
  - ア 謝礼金の支払いを受けた後、(1)の取消しを受けた場合

## 10 様式

- (1) 事業参加申込書兼打合せ事項確認書（様式第 1 号）
- (2) 実績報告書（様式第 2 号）
- (3) 申請サポート実施報告書（様式第 3 号）
- (4) 代理交付実施報告書（様式第 4 号）
- (5) 口座振替申出書（様式第 5 号）

## 11 事務担当

前橋市市民部市民課マイナンバーカード係

電話 027-898-6172（内線3170）

メールアドレス mnc@city.maebashi.gunma.jp

令和7年度高齢者施設等によるマイナンバーカード取得支援事業  
事業参加申込書兼打合せ事項確認書

| 項目                                                   | 内容                                                                              |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 法人名                                                  |                                                                                 |
| 施設・団体等の名称                                            |                                                                                 |
| 施設・団体等の代表者名                                          |                                                                                 |
| 施設・団体等の郵便番号                                          |                                                                                 |
| 施設・団体等の住所                                            | 前橋市                                                                             |
| 施設・団体等の電話番号                                          |                                                                                 |
| 施設・団体等のメールアドレス                                       |                                                                                 |
| 担当者名                                                 |                                                                                 |
| 実施事業種別(申請サポート・代理交付)                                  | ※「申請サポート」・「代理交付」のどちらかを選択してください。                                                 |
| 実施予定日(申請サポート)                                        | 令和    年    月    日(    ) ～ 令和    年    月    日(    )<br>※申請サポートを選択した場合のみ回答してください。  |
| 実施予定日(代理交付)                                          | 令和    年    月    日(    )    時頃 市役所来庁<br>※代理交付を選択した場合のみ回答してください。交付処理は1件あたり約10分です。 |
| 実施予定人数                                               | 人<br>※実施予定人数は多少の増減は可能とします。                                                      |
| 対象者は全員前橋市民ですか。                                       | はい<br>※「はい」に○をつけてください。前橋市民以外は対象外となっています。                                        |
| その他必要な事項<br>(市民課マイナンバーカード係にお知らせしたいことがありましたらご記入ください。) |                                                                                 |

注意事項

- 1 事業実施予定日の概ね1か月前から2週間前までに、この用紙を提出してください。
- 2 この書類の提出期限は、令和8年2月13日(金)までです。
- 3 令和8年2月27日(金)までに事業を実施し、令和8年3月13日(金)までに実績報告書を提出した場合のみ、謝礼金の支払い対象となります。
- 4 事業実施予定日の変更は原則できません。変更が生じる場合は担当者へメール連絡してください。
- 5 事業実施の初日から2週間以内に実績報告書を提出した場合のみ、謝礼金の支払い対象となります。
- 6 代理交付事業を実施する場合、実施予定者に交付通知書(マイナンバーカード受取りに関する案内通知)が届いているか確認してください。  
交付通知書が届いていない場合、カード交付ができない可能性がありますので、事前に担当者へご確認ください。
- 7 代理交付事業は、市役所本庁1階市民課窓口での受取りに限ります。交付通知書記載の交付場所の確認をお願いします。  
なお、交付場所が各支所の場合は、交付場所の変更手続きが事前に必要です。(変更手続きの完了までには2週間程度かかります。)

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

(提出者) 所在地

法人名

施設・団体等の名称

施設・団体等の代表者名

管理番号 ( )

令和 7 年度高齢者施設等によるマイナンバーカード取得支援事業実績報告書

令和 7 年度高齢者施設等によるマイナンバーカード取得支援事業を実施しましたので、下記のとおり報告します。

記

1 実施事業種別及び対応した人数、金額

| 事業名      | 人数 | 単価         | 金額 |
|----------|----|------------|----|
| 申請サポート事業 | 人  | 4, 0 0 0 円 | 円  |
| 代理交付事業   | 人  | 4, 0 0 0 円 | 円  |
| 合計       | 人  |            | 円  |

2 事業の実施日

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3 添付書類

(1) 申請サポート事業を実施した場合

ア 申請サポート実施報告書 (様式第 3 号)

イ 個人番号カード交付申請書 (写)

※オンライン申請の場合は、申請したことが分かるスクリーンショット等  
ウ 口座振替申出書 (様式第 5 号)

(2) 代理交付事業を実施した場合

ア 代理交付実施報告書 (様式第 4 号)

イ 交付通知書（写）

※委任状欄記載済みのもの

ウ 口座振替申出書（様式第 5 号）

|       |        |   |   |
|-------|--------|---|---|
| ・ 責任者 | （電話番号） | — | — |
| ・ 担当者 | （電話番号） | — | — |

※必要に応じ、本市から上記連絡先に確認させていただきます。

申請サポート実施報告書

(宛先)前橋市長

施設・団体等の名称：施設・団体等の代表者名：

担当者名：連絡先：管理番号：

以下の者について、マイナンバーカードの申請サポートを行いましたので報告します。

| NO. | 氏名    | 生年月日      | 住所           | 申請書ID(23桁)                  | 申請方法<br>※該当するものに○   | 申請日     | 申請サポート理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                         |
|-----|-------|-----------|--------------|-----------------------------|---------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 例   | 前橋 太郎 | S25.12.12 | 前橋市大手町2-12-1 | 1111 2222 3333 444 5555 666 | ①. 郵送申請<br>2. オンライン | R7.1.10 | ①.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>②.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 1   |       |           |              |                             | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 2   |       |           |              |                             | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 3   |       |           |              |                             | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 4   |       |           |              |                             | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 5   |       |           |              |                             | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、裏面に記入してください。  
(※)社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

| NO. | 氏名 | 生年月日 | 住所 | 申請書ID(23桁) | 申請方法<br>※該当するものに○   | 申請日 | 申請サポート理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                         |
|-----|----|------|----|------------|---------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|
| 6   |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 7   |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 8   |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 9   |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 10  |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 11  |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 12  |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 13  |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 14  |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、別紙に記入してください。  
 (※) 社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

申請サポート実施報告書

| NO. | 氏名 | 生年月日 | 住所 | 申請書ID(23桁) | 申請方法<br>※該当するものに○   | 申請日 | 申請サポート理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                         |
|-----|----|------|----|------------|---------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    |            | 1. 郵送申請<br>2. オンライン |     | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、別紙に記入してください。  
(※) 社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

代理交付実施報告書

(宛先)前橋市長

施設・団体等の名称：施設・団体等の代表者名：

担当者名：連絡先：管理番号：

以下の者のマイナンバーカードについて、代理で交付を受けましたので報告します。

| NO. | 氏名    | 生年月日      | 住所           | はがき番号<br>(はがきの上部に記載) | 代理受取日   | 代理交付を行う理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                        |
|-----|-------|-----------|--------------|----------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 例   | 前橋 太郎 | S25.12.12 | 前橋市大手町2－12－1 | 290－0011111          | R7.2.14 | ①.施設入所者<br>③.障害のある者<br>⑤.75歳以上の高齢者<br>②.要介護、要支援認定者<br>④.長期入院者<br>⑥. ひきこもり状態の者(※) |
| 1   |       |           |              | —                    |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 2   |       |           |              | —                    |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 3   |       |           |              | —                    |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 4   |       |           |              | —                    |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 5   |       |           |              | —                    |         | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、裏面に記入してください。  
(※)社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

| NO. | 氏名 | 生年月日 | 住所 | はがき番号<br>(はがきの上部に記載) | 代理受取日 | 代理交付を行う理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                        |
|-----|----|------|----|----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 6   |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 7   |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 8   |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 9   |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 10  |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 11  |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 12  |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 13  |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
| 14  |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、別紙に記入してください。

(※)社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

代理交付実施報告書

| NO. | 氏名 | 生年月日 | 住所 | はがき番号<br>(はがきの上部に記載) | 代理受取日 | 代理交付を行う理由<br>※該当する項目の数字部分に○をつけてください。(複数可)                                        |
|-----|----|------|----|----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |
|     |    |      |    | —                    |       | 1.施設入所者<br>3.障害のある者<br>5.75歳以上の高齢者<br>2.要介護、要支援認定者<br>4.長期入院者<br>6. ひきこもり状態の者(※) |

対象者が入りきらない場合、別紙に記入してください。  
(※)社会的参加を回避し、概ね家庭にとどまり続けている状態にある者を指します。

債権者登録番号

※

## 口座振替申出書

令和 年 月 日

(宛先)前橋市長

申出者 住 所

名 称

氏 名

前橋市から私に支払われる 令和7年度高齢者施設等によるマイナンバーカード取得支援事業謝礼金 について下記の預金口座に振替を申し出ます。

|             |            |        |
|-------------|------------|--------|
| 振 込 先       | 銀行・信用金庫    | 本店・支店  |
| 金融機関名       | 信用組合・農協    | 支所・出張所 |
| 振 込<br>口座番号 | 普 通<br>当 座 | No.    |
| 口座名義        | フリガナ       |        |

発行責任者及び担当者

・発行責任者： (電話番号)

・担 当 者： (電話番号)

- (注) 1 申出者が法人、団体等の場合は、名称及び代表者の職氏名を記載してください。  
2 預金口座は、本人名義のものでなければなりません。  
3 振込先金融機関名等の記載にあたっては、通帳を確認のうえ、間違いのないように記載してください。  
4 申出者の方は、※印欄には記入しないでください。

振込先確認済  
担当者押印欄

※