

介護保険関連証交付・再交付申請書



宍粟市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

被 保 険 者	個人番号											
	被保険者番号											
	フリガナ						生年月日					
	氏名						性別					
	住所	〒										
		電話番号										

交付・再交付が必要な証明書	交付・再交付を希望する証明書に○をしてください。 1 介護保険被保険者証 2 介護保険負担割合証 3 介護保険資格者証 4 介護保険受給資格証明書 5 介護保険負担限度額認定証 6 介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 7 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 8 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 9 訪問介護利用者負担額減額認定証 (法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置)
---------------	--

申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()
-------	--

窓 口 に 来 ら れ た 方	氏名		被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <div style="text-align: right;">電話番号 ()</div>		

※窓口来られた方が被保険者本人の場合、続柄及び住所、電話番号の記載は不要です。

【市確認欄】

届出人委任確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一住民票内		
届出人本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 (後期・国保・社保) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()