

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		0	0	0					
	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	<p>交付・再交付を希望する証明書に○をしてください。</p> <p>1 介護保険被保険者証</p> <p>2 介護保険負担割合証</p> <p>3 介護保険資格者証</p> <p>4 介護保険受給資格証明書</p> <p>5 介護保険負担限度額認定証</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>8 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</p> <p>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)</p>
-------------------	--

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	
	住所			

電話番号 ()

※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"/> 健康保険証 () <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 () ※写真有 1 点、写真無 2 点	個人 番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <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 ()