

介護保険負担割合証 再交付申請書《記入例》

(あて先) 宝塚市長
次のとおり、申請します。

※申請者が被保険者本人の場合、
申請者住所・電話番号は記入不要
です。

申請者	申請日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	氏名	宝塚 太郎	続柄	夫
	住所	〒 665 - 8665 宝塚市東洋町1番1号		
	電話番号	0797 - 71 - 1141		

被保険者	フリガナ	タカラヅカ ハナコ	生年月日	明・大昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
	氏名	宝塚 花子	性別	男・女									
	住所		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	電話番号	〒 665 - 8665 宝塚市東洋町1番1号	個人番号	※個人番号は空欄でも受け付けます。									
	住所	〒 665 - 8665 宝塚市東洋町1番1号											

書類 再交付する	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	申請理由	1 紛失
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証		
	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証		3 その他()

事務 処理 欄	受 理 日	<p>この申請書を記入される方の本人確認書類を添付してください。 ケアマネジャー等の第三者が申請者の場合は、 申請者の本人確認書類に加えて、<u>委任状</u>【委任事項：(再交付を希望する証の名前) の再交付申請及び受領】を添付してください。 ※介護保険課窓口での申請の際に、委任事項に受領がない場合は、窓口で証をお 渡しすることができません。</p>	係
			交付します。