

茅ヶ崎市介護保険被保険者証等（新規・再）交付申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長
次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|----|----------|---|---|--|
| 被 保 険 者 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | 生年 | 明治・大正・昭和 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | 月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | | | | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------|---|
| 交付する証書 | 1.被保険者証 2.負担割合証 3.介護保険負担限度額認定証 4.社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 |
|--------|---|

| | |
|---------|------------------------------|
| 交付申請の理由 | 1.新規交付 2.再交付〔紛失・破損・その他〕 |
|---------|------------------------------|

※代理人の場合のみ記入

| | | | | | |
|-------------|------|--|--|----|--|
| 申 請 者 | 氏名 | | | 続柄 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |

※第2号被保険者のみ記入（40～64歳）

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 記号番号 | | 保険者名 | |
| 加入日 | | 証有効期限 | |

| | |
|--|-----|
| 職員使用欄 | 受付印 |
| 本人確認 1点：□運転免許証 □個人番号カード □その他（ ） 2点：□保険証（介・国・後・健） □年金 □その他（ ） | |
| 代理人本人確認 1点：□運転免許証 □個人番号カード □その他（ ） 2点：□保険証（介・国・後・健） □年金 □その他（ ） | |
| 代理権確認 : □委任状 □登記事項証明書 : □本人の被保険者証 □その他（ ） | |
| 再交付方法 : □窓口手渡し □郵送 □その他（ ） | |