

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（ ）	