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。 |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **被保険者** | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  生年 月日 |  　明治・大正・昭和 |
| 氏名 |  |  　　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 |  |   保険者名コード |
| 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（　　　　　）