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（　　　　　）