介護保険被保険者証等交付申請書

函南町長 仁科 喜世志 様

等の交付を申請します	0							
申請年月				日				
被保険者との			皆との)関係				
電話番号			舌番号	<u>1</u> .				
※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号・押印は記載不要。								
	1	個人番号						
	<u>/</u>	生年月日				年	月	日
		性別			男		女	
	電	話番号		_	-		_	
資格者証 受給資格証明書 負担割合証 負担限度額認定証								
紛失・焼失 2. 荷	破損・	汚損	3.	その他	()
	被保険者証 資格資格証明書 負担限度額認定証 その他(紛失・焼失 2.	保険者本人の場合、申請者信任 (日本) (日本) (日本) (日本) (日本) (日本) (日本) (日本)	申請 被保険部 電話 保険者本人の場合、申請者住所・電 個人番号 生年月日 性別 電話番号 被保険者証 資格者証 受給資格証明書 負担限度額認定証 その他(紛失・焼失 2.破損・汚損 から 65 歳未満の方)のみ記入願い	申請年月 被保険者との 電話番号 保険者本人の場合、申請者住所・電話番号 個人番号 生年月日 性別 電話番号 被保険者証 資格者証 受給資格証明書 負担制合証 負担限度額認定証 その他(紛失・焼失 2.破損・汚損 3.	申請年月日 被保険者との関係 電話番号・押印 個人番号 生年月日 性別 電話番号 — 被保険者証 資格者証 受給資格証明書 負担割合証 負担限度額認定証 その他(申請年月日 被保険者との関係 電話番号 に保険者本人の場合、申請者住所・電話番号・押印は記述 個人番号 生年月日 性別 男 電話番号 一 被保険者証 資格者証 受給資格証明書 負担割合証 負担限度額認定証 その他(紛失・焼失 2.破損・汚損 3.その他(から 65 歳未満の方)のみ記入願います。	申請年月日 被保険者との関係 電話番号 (保険者本人の場合、申請者住所・電話番号・押印は記載不要 個人番号 生年月日 年 性別 男 電話番号	申請年月日 被保険者との関係 電話番号 (保険者本人の場合、申請者住所・電話番号・押印は記載不要。 個人番号 生年月日 年月 性別 男女 では別 男女 では別 男女 では別 男女 では別 男女 では別 男女 では別 まないます。 では別 まないます。 では別 まないます。 では別 ないます。 では別 ないます。 では別 ないます。 では、 ないます。 では、 ないます。

※保険者確認欄

確認事項チェック欄【町記入欄】

①番号記載: 口めり 口なし → そのまま受け取る。その他確認不要。							
【確認書類】 ※コピーも可							
□個人番号カード □通知カード □個人番号が記載された住民票の写し							
□住民票記載事項証明書 □システム							
②提出者: □本人 □家族 □事業所・施設→□法人の契約書・□登記事項証明書							
□法定代理人→□登記事項証明書 or□戸籍謄本							
□使者() □その他()							
【対象者本人・代理人確認書類】①また②のどちらか							
①□個人番号カード □運転免許証 □運転経歴証明書 □パスポート □身体障害者手帳							
□療育手帳 □精神障害保健福祉手帳 □在留カード □特別永住者証明書 □住基カード							
※ ①はいずれか一つ							
②□国保・後期高齢者医療被保険者証 □高齢受給者証 □健康保険証 □介護保険被保険者証							
□介護保険負担割合証 □年金手帳 · 年金証書							
□その他()							
Wan a Dif							
③委任状:□あり □なし →なしの場合 □介護被保険者証 □ 医療被保険者証							
口その他(