

介護保険 被保険者証等再交付申請書

八幡市長
次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請者	本人	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:)
	代理人	氏名		<input type="checkbox"/> ケアマネージャー
	住所		〒 - - 電話番号 - -	

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	住所	〒 - - <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 電話番号 - -			

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 資格者証
	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 受給資格証明書	<input type="checkbox"/> その他
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> その他

委任状	
<p>私は、介護保険 被保険者証等の再交付申請及び受領について 代理人 _____ に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>被保険者住所 _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p>	

※ 配偶者及び同一住所の親・子・孫については、委任状不要です。
 ※ 本人が認知症等で意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難である場合の委任については、市が別途定めるものとする。

市記入欄

受付日(收受印)	処理欄 <input type="checkbox"/> 年 月 日 申請者に交付済 <input type="checkbox"/> 年 月 日 郵送 (送付先変更 有・無) <input type="checkbox"/> 認定申請中のため、介護保険被保険者証は発行しない	担当者
	申請者確認書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険関係証 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()	担当者