

介護保険負担割合証交付申請書兼受領書

【 再交付(令和 年度分) ・ 認定前 】

該当する項目に✓印をつけ、再交付の場合は該当する年度を記入してください。

尼崎市長 あて		申請年月日	令和	年	月	日
申請者	氏名	被保険者との関係				
	住所	電話番号	-	-		
※申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所・電話番号は記載不要						
被保険者	被保険者番号	1 0 0	個人番号			
	フリガナ		生年月日	明治	年	月 日
	氏名			大正	年	月 日
	住所	電話番号	-	-		
申請理由	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> その他()		
	認定前	<input type="checkbox"/> 暫定でのサービス利用	<input type="checkbox"/> その他()			

※太線の枠内のみ記入してください。

※ 窓口で証を受領する際、次の事項について確認のうえ、✓印をつけてください。

受領した証の記載内容に誤りがないことを確認しました。

交 付 確 認		
代理権確認	申請者確認	番号確認
1 委任状 ※	1点確認	1 個人番号カード
2 登記事項証明書	個・免・旅・手	2 通知カード
3 本人の確認書類	他 ()	3 住民票等
保(国・社・後・介)年金・診・キャ	2点確認	4 その他 ()
クレ・通帳・他 ()	保(社・国・後・介)年金	
	診・キャ・クレ・通帳	
	他 ()	

※ 居宅介護支援事業者等が申請する場合は、委任状が必要です。

委任状は、次の帳票に添付(資格担当 / 認定担当)

令和 年 月 日

交付します。

課長	係長	係

受付者	受付印
交付	
済・未	