

介護保険負担割合証交付申請書

【 再交付(令和 年度分) ・ 認定前 】

該当するものに☑をつけ、該当年度をご記入ください。

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、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号		1 0 0	個人番号	
被保険者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
	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()	

※太枠内のみ記入してください。

交付確認			
代理権	申請者確認		番号確認
1. 委任状(*) 2. 登記事項証明書 3. 本人の確認書類 保(国・社・後・介)年金・診・ キャ・クレ・通帳・他()	1点確認	個・免・旅・手・	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. その他()
	2点確認	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は委任状が必要です。

■(再)交付します。

令和 年 月 日		
介護保険事業担当課		
課長	係長	係

担当	受付印
交付済	<input type="checkbox"/>