

介護保険負担割合証再交付申請書

(あて先) 各務原市長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年	月	日
申請者氏名		本人との関係		
申請者住所	〒			
	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	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ																			
	被保険者氏名																			
	生年月日																			
	住所	〒																		
	電話番号																			
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()																			

※市記入欄

受付	入力	再交付	処理欄

本人 確認	1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	確認者印
	2点 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> キャッシュカード等 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他()	