

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	2022 年 10 月 10 日	
申請者氏名	介護 太郎	本人との関係	夫
申請者住所	〒 504-8555 各務原市那加桜町1-69 電話番号 383-1778		

* 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。
個人番号がわかる方のご記入ください。
未記入の場合は市で記入します。
個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	カイゴ ハナコ
	被保険者氏名	介護 花子
	生年月日	明・大・ 昭 3 年 4 月 5 日
	住所	〒 504-8555 各務原市那加桜町1-69 電話番号 383-1778
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の提示が必要です。(郵送の場合は、写しを添付してください)

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、通知カード、住民票(個人番号の記載があるもの)など、番号が確認できるもの 1 点

〈本人確認のため〉

②マイナンバーカード、運転免許証、障害者手帳、在留カード、パスポートなどのうち 1 点

又は、被保険者証、年金手帳、各種年金証書、キャッシュカード等、学生証などのうち 2 点

本人確認	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()
------	---