介護保険被保険者証等再交付申請書

福 津 市 長　様

下記のとおり申請します。なお、証の紛失により生じたる損害に対しては、責任を持って賠償に任ずることを誓約いたします。

申請日　　年　　月　　日

申請者	関　係	□本人　□親族（続柄：　　）　□成年後見人　□保佐人　□補助人 □ケアマネジャー　□その他（　　）
	氏　名	
	住　所	※被保険者と同一の場合は記入不要
	連絡先	（　　）　　－

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒　　－		

再交付する申請書	□　被保険者証　　□　資格者証 □　負担割合証　　□　負担限度額認定証 □　その他（　　）
申請の理由	□　紛失・焼失　□　破損・汚損　□　その他（　　）

（事務欄）

申　請　者 本人確認	□個人番号Ｃ　□運転免許証　□旅券　□住基Ｃ　□身障者手帳		課長	係長
	□介護支援専門員証　□他（　　）　証 No.			
	□介護保険証　□年金手帳　□医療保険証　□その他（　　）			
支援措置対象者ではないか	□成年後見人等	□登記事項証明書（写し要）	担当	受付
確認済　□	□ケアマネジャー他	□委任状		
※　顔写真付の証明書は１点で確認（証 No. 要）、顔写真のない証明書は２点で確認（写し要）				