**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） | | | | |