

介護保険負担割合証交付申請書

【 再交付(令和 5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	尼崎 一郎	被保険者との関係	長男
	住所	尼崎市西難波町×丁目×番×号 電話番号 06(××××)××××		

※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	アマガサキ タロウ	生年 月日	明治・ <u>大正</u> ・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	尼崎 太郎		
	住所	尼崎市東七松町○丁目○番○号 電話番号 06(××××)××××		
申請理由	再交付	<input checked="" 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。

※居宅介護支援事業者等が代理申請される場合、被保険者からの委任状をご持参いただくようお願いいたします。

※申請者の本人確認書類の提示をお願いいたしますので、申請の際には証明書等をご持参ください。

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・ 他()	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()	

■(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"/>