介護保険被保険者証等再交付申請書

　（あて先）桐生市長

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 申請年月日 | | 年 月 日 |
| 本人との関係 | |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明･大･昭 年 月 日 | | | | | | | | |
| 性別 | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証　　明　　書 | １ 被保険者証　 ２ 負担割合証　 ３ 負担限度額認定証 ４( ) |
| 申請の理由 | １ 紛失・焼失　 ２ 破損・汚損 ３ その他 (　　　　　　　 　　　 　　　) |

＊ １ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号の記入は不要です。

（市使用欄）

個人番号の確認ができない場合、理由を以下から選択

１．持参していない　２．紛失　３．同意なし　４．遠方の家族が預かっている　５．その他（理由：　　　　　　　　　）

委　　 　任　 　　状

　　 年 月 日

　（あて先）桐生市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者  　　（本　人） | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印 |

私は、つぎの者に、介護保険に関する申請をし、書類を提出することを委任いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者 | 住　所 |  |
| （窓口に来る人） | 役職名 |  |
|  | 氏　名 |  |

注意事項

１．委任状は必ず委任者（頼む人）本人が自署してください。

　　自署できない場合は記名押印が必要です。

２．受任者（窓口に来る人）の本人確認のため、顔写真付きの身分証明書等が必要になります。