様式第1号(第9条関係)

介護保険被保険者証等交付申請書

令和　　年　　月　　日

　　豊岡市長　様

申請者　住所

氏名

〔本人以外の場合：続柄　　　、電話番号(　　　)―　　―　　　〕

　介護保険に係る書面の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | ―　　　― | | | | | | | | | | | |
| 住所等 | 〒　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請区分 | | 1　新規交付(認定未申請の第2号被保険者)  　2　更新交付(未認定の第1号被保険者で有効期限が経過している者)  　3　再交付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書面 | | 1　被保険者証  　2　資格者証　(再交付のみ)  　3　受給資格証明書　(再交付のみ)  　4　負担限度額認定証　(再交付のみ)  　5　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証　(再交付のみ)  　6　負担割合証　(再交付のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付の申請理由 | | 1　紛失・消失・滅失　　2　破損・汚損　　3　その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1：申請理由が、紛失又は消失等で、後日において発見された場合は、速やかにいずれか一方の書面を市に返却してください。なお、自己の責任において処分されても構いませんが、この場合には焼却や細断など個人情報が判別できない確実な方法によってください。

注2：申請理由が、破損又は汚損等である場合は、必ず当該書面を添付してください。