

記載例

富山市介護保険負担割合証再交付申請書

(宛先) 富山市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	富山 太郎	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒930-8510 富山市〇〇町〇番〇号 電話番号 ×××-××××		

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者証の番号		個人番号	
	フリガナ	トヤマ ハナコ		生 年 月 日
	氏 名	富山 花子		〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	〒 930-8510 富山市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 △△△-△△△△		

申請の理由	①紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()
-------	---

備考

- 1 介護保険負担割合証を破損し、又は汚損した場合は、当該負担割合証を添えてください。
- 2 介護保険負担割合証を紛失した場合で、当該介護保険負担割合証を発見したときは直ちに返還してください。

※ 個人番号を記載された場合

- (1) 本人申請の場合は、①本人の身元確認書類（「運転免許証」など）及び②番号確認書類（「通知カード」など）を持参してください。
- (2) 代理申請の場合は、①代理権の確認書類（被保険者本人の「介護保険被保険者証」（原本）、「委任状」（様式自由）など）、②代理人の身元確認書類（代理人の「運転免許証」など）、③番号確認書類（被保険者本人の「通知カードの写し」など）が必要となります。