認定証等再交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）岡 崎 市 長

　　　　　　　　　　　　　　申請者 （住　所）岡崎市十王町二丁目９番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （氏　名）　介護 太郎

　　　　　　　　　 （続　柄）　　　長男

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （電話番号）(０５６４)２３－６６４６

※　申請者が被保険者本人の場合は、住所・電話番号の記入不要

　下記のとおり介護保険に係る認定証等の再交付を申請します。

※１、２、３の申請については個人番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭  年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－    電話番号　　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  認 定 証 等 | １　負担割合証  ２　負担限度額認定証  ３　特定負担限度額認定証  　　（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | １　紛失・消失　　２　破損・汚損  ３　住所変更（　転居　・　施設入所　）  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

※　記入不要（市処理欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号確認 | □ 個人番号カード　□ 通知カード　□ 住民票の写し　□ オンライン | | |
| 申請者 | □ 本人  □ 法定代理人　□ 登記事項証明書  □ 任意代理人　□ 同居家族　　□ 委任状　　□ 本人の被保険者証等  □ 介護支援専門員証・職員証　□ その他（ 　 ） | | |
| 身元確認 | 写真有１点　□ 運転免許証　　□ 障害者手帳　　□ その他（ ）  写真無２点　□ 介護被保険者証　□ 医療被保険者証　□ その他（　　　　　） | | |
| 受渡方法 | □　窓口交付　　　　□　自宅（転送先）へ郵送 | 確認者 |  |