

介護保険負担割合証（交付・再交付）申請書

（あて先） 札幌市 区長
 次のとおり申請します。

フリガナ			申請年月日	令和	年	月	日
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	女
被保険者住所	〒 ー 電話番号 ()						
申請理由	交付	<input type="checkbox"/> 暫定サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名			本人との関係				
申請者住所	〒 ー 電話番号 ()						

札幌市記入欄

窓口交付確認書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
申請区分	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()						
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送						
交付年月日	令和 年 月 日						
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号確認						