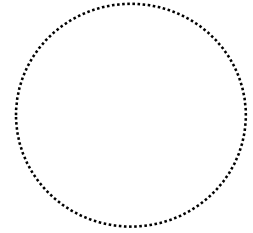


介護保険 負担割合証交付申請書



加西市長 あて

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄の住所・電話番号の記入は不要です。

次のとおり介護保険負担割合証の交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	2 2 0 0 0	個人番号								
	フリガナ							生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女
	氏名										
	住所	〒 電話番号									
	申請理由	<input type="checkbox"/> 要介護度が決定する前に介護サービスを利用するため <input type="checkbox"/> その他 ()									

<注意事項>

窓口にて申請者の本人確認（本人または同一世帯の家族以外が申請する場合は、本人確認および代理権の確認）ができる場合は、窓口にて交付できますが、それ以外の場合は全て、本人の住民票上の住所（送付先変更届けの提出がある場合はその住所）宛の郵送で交付します。

市処理欄

確認書類			
番号確認	申請者本人確認		代理権確認
個人番号カード・通知カード 住民票の写し その他 () 不要	1点確認	個・免・経・旅・手 他 ()	委任状 登記事項証明書 本人書類 ()
	2点確認	保（社・国・後・介）・年手・預通 他 ()	
書類交付	手渡し ・ 郵送		受付者