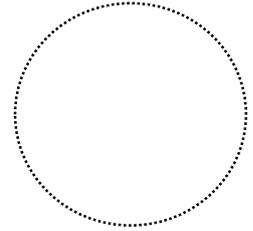


介護保険 負担割合証交付申請書



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 |