第１７号様式

介護保険負担割合証・被保険者証等再交付申請書

唐津市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する資格証 |  |
| 申請の理由 |  |
| その他事由 |  |
| 資格証の受取方法 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の情報 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 性別 |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出代行者の情報 | 提出代行者の氏名 |  | | 被保険者との関係 | | |  |
| 事業所の名称 |  | | 事業所の種別 | | |  |
| 事業所の住所 | 郵便番号 |  | |
|  | | | | | |
| 事業所の電話番号 |  | | | |

介護保険負担割合証・被保険者証等再交付申請書　**記入補足**

○提出代行者の情報欄について、ご家族が代理で申請される場合は、次のとおり記入する。

　（１）提出代行者の氏名欄は、代理申請されるご家族の氏名を記入する。

（２）被保険者との関係欄については、被保険者からみた代理申請されるご家族との続柄を記入する。　　例：夫、妻、子　など

（３）事業所の住所及び事業所の電話番号については、申請者の住所及び申請者の電話番号と読み替えて、それぞれ記入する。

（１）～（３）以外の項目については、記入不要。