

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。