様式第２号（第６条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

　東近江市長　様

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 |  　年 　月 　日 |
| 申請者氏名（本人又は家族） | 　㊞　 | 本人との関係（続柄） | 　 |
| 申請者住所 | 〒 | ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要電話番号　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 被保険者住所 | 〒　東近江市電話番号　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書　（必要なものに○をしてください。） | １　被保険者証　　２　負担割合証　　３　資格者証４　受給資格証明書　　５　負担限度額認定証６　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証７　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由（○をしてください。） | １　紛失・焼失　２　破損・汚損３　その他（　　　　　　　　　　　　　 ） |