介護保険　負担割合証等再交付申請書

東大和市長　殿

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 申請年月日 |  |
| 被保険者との関係 |  | 事業所名※ケアマネジャーのときに記入 |  |
| 申請者住所※ケアマネジャーのときは事業所所在地を記入 | 〒　　 -　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |

＊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です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 〒　　 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証 | １　介護保険負担割合証２　介護保険負担限度額認定証３　東大和市介護保険生計困難者等に対する利用者負担額軽減認定証４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　） |
| 交付 | １　窓口（申請者が本人、同一世帯の家族又は担当居宅介護支援事業所のケアマネジャーのときのみ）　２　郵送 |

※職員確認欄 ＜窓口交付時に以下の書類にて身分確認を行うこと＞

　申　 申請者と被保険者が同一　 　　申　　　　　　　　　　　申請者と被保険者が同一でない

　　□介護保険被保険者証　　　　　　・申請者（同一世帯の家族）　　　　　　・申請者（ケアマネジャー）

□運転免許証（No. 　　　　　）　□介護保険被保険者証（No.　　　　）　 □介護支援専門員証及び名刺

　□障害者手帳（No. 　　　　　）　□運転免許証（No. 　　　　　　　）　　　[番号・所属要確認]

□その他（　　　　　　　　　 ）　□障害者手帳（No. 　　　　　　　）　　　（No. 　 　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付者 | 確認者 |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □その他（　　　 　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　・被保険者

　　□介護保険被保険者証

　※その他は、公的機関発行の顔写真付き身分証明書（住基カード等）のことです。

　※身分証明書がない場合は、受付のみとし郵送対応となります。

　※介護保険被保険者証と併せた再交付のときは、被保険者証が郵送対応となることから、

本証も被保険者証との同封による郵送による交付としてください。