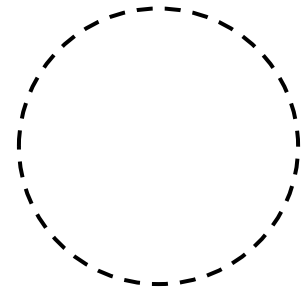


介護保険 被保険者証等再交付申請書



柏原市長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	令和	年	月	日
	被保険者との関係				
申請者住所	〒 -				
	電話番号	-	-		

※申請者が被保険者の場合、申請者住所、電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号	0000	個人番号				
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名						
	住所	〒 - 柏原市					
	電話番号	-	-				

再交付する 証明書等	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 7. その他()	4. 負担割合証 5. 負担限度額認定証 6. 社会福祉法人等利用者負担減額確認証
---------------	--	---

申請の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()
-------	-----------------------------------

保険者処理欄

認定
有・無

申請用法	窓口来庁・郵送(/)
確認書類	運転免許証・()
委任状	有・不要

管理係	業務係	郵送確認