

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

倉敷市長 へ  
次のとおり申請します。

申請者（この申請書を書く人）		申請年月日	令和 年 月 日
氏名		本人との関係	
住所 <small>〔申請者が被保険者本人の場合は不要〕</small>	〒 ー 電話番号（ ） ー		

## 被保険者（証の再交付を受ける人）

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
		個人番号	
住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		

## 証の種類

1 被保険者証	2 資格者証	3 負担割合証	※負担割合証のみ毎年7月受付時に選択 【有効期間が申請年の 7月末まで・8月から】
4 負担限度額認定証	5 受給資格証明書	6 その他（ ）	

## 申請理由

1 紛失・焼失（紛失場所： 紛失日時： ）	
2 破損・汚損（証の添付が必要）	3 その他（ ）

※ 以下の欄は市役所が使用しますので記入しないでください。

### 受付者記入欄

受付場所	倉敷・児島・玉島・水島・真備	受付者	
被保険者番号		状況	<input type="checkbox"/> 認定申請と同時 <input type="checkbox"/> 単独

### 担当者記入欄

<input type="checkbox"/> 認定申請と同時	<input checked="" type="radio"/> 単独（ <input type="checkbox"/> 認定結果待ち <input checked="" type="radio"/> 認定なし又は認定期間中 ）
<input checked="" type="radio"/> 再交付印の押印	<input type="checkbox"/> 送付先（共通）あり <input checked="" type="radio"/> 送付先なし

### 決裁欄

<input type="checkbox"/> 再交付と同時に回収することになるため、再交付しないこととしてよろしいか。 <input checked="" type="radio"/> 上記のとおり再交付してよろしいか。	令和 年 月 日 起案	係長	担当
	令和 年 月 日 決裁		