# 介護保険　負担割合証　再交付申請書

（提出先）

呉市長

次のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | 性 別 | 男　・　女 | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 理 由 | 1　紛失・消失　　2　破損・汚損　　3　未着　　4　その他（　　） | | | | | | | | | | | | |

※　破損・汚損した負担割合証が手元にある場合は必ず返却してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申 請 者 氏 名 | | 被保険者から<br>みた関係 | |
| 申 請 者 住 所 | ※　申請者が被保険者の場合は記載不要<br>〒　　－<br><br>電話番号　　（　　） | | |
| 送 付 希 望 先 | 1 本人住所　　2 申請者住所　　3 その他（　　） | | |

※　申請者が被保険者以外の場合は，委任状を添付してください。

【市記入欄】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 前 回 交 付 日 | 年　　月　　日 | 受 付 印 | |
| 負 担 割 合 | 割 | | |
| 再 交 付 日 | 年　　月　　日 | | |
| 再 交 付 方 法 | 手渡し ・ 郵送 ・ その他 （　　） | | |
| 郵 送 先 | 本人住所 ・ 申請者住所 ・ その他（　　） | | |
| 本 人 確 認 | 免許証 ・ 保険証 ・ その他 （　　） | 担当 | |