介護保険被保険者証等(再)交付申請書

(提出先)
平 塚 市 長

次のとおり申請します。

太線枠のみご記入ください。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
申請者 身元確認	□ 個人番号カード　□運転免許証　□ 写真の表示等の措置がされ、氏名と生年月日又は住所が記載されているもの □ 官公署から発行された書類その他これに類する書類**２点以上**（医療保険証等の氏名と生年月日又は住所の記載があるもの）		
代理人の 代理権確認 （本人申請不要）	□法定代理人の場合は戸籍謄本その他その資格を証明する書類 □任意代理人の場合は委任状 □官公署から被保険者に対し一に限り発行された書類（医療保険証等）		

被保険者	フリガナ		性　別	個人番号	
	氏　名		男・女	生年月日	明･大･昭　年　月　日
	住　所	〒 電話番号			

(再)交付する証等	1　被保険者証　　4　負担限度額認定証 2　資格者証　　5　負担割合証 3　受給資格証明書
申請理由	1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　その他（　　）

委　任　状

(提出先)　　年　月　日
平 塚 市 長

受任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(代理人)
氏名又は
名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、受任者が上記に係る証等の再交付申請をする権限を委任します。

委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(本　人)
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿