様式第5号(第6条、第8条、第20条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書 | | | | | | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | 被保険者番号 |  | |
| 氏　名 |  | | 個人番号 |  | |
| 住　所 |  | | | 性別 | |
| 生年月日 | 明治  大正  昭和 | 年　 　月 　 　日 | | 男・女 | |
| 再交付する証明書等 | | １　被保険者証  ３　資格者証  ５　受給資格証明書 | | ２　負担割合証  ４　負担限度額認定証  ６　その他（　　　　　　） | | |
| 再交付申請の理由 | | 紛失・その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 被保険者本人及び家族以外の人が提出する場合 | | 住所又は事業所名  TEL(　　　) | | 氏名 | | |
| (※町確認欄)  届出人の確認 | | 世帯人・代理人―免許証・その他 | | | | 確認印 |

　上記のとおり再交付申請します。

　なお、さきに交付を受けた介護保険被保険者証・介護保険資格者証が発見された場合は、ただちに返還いたします。

　紛失等により不正利用された場合、町に対しては一切ご迷惑をおかけすることなく自分の責任において処理することを確約いたします。

　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　申請者　　　　住所

　　　　　　　　　　　(本人及び家族)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　(　　　)

　大津町長　　　　様