

介護保険 被保険者証等 交付（再交付）申請書

佐久穂町長 あて 申請日 年 月 日
次の通り申請いたします。

なお、障がい者控除対象者の認定にあたっては対象者の介護認定情報を閲覧することに同意します。

①申請者（窓口来庁者）

申請者	フリガナ		被保険者との関係 該当に☑
	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 成年後見人
	住所	電話（ - - ）	<input type="checkbox"/> その他（ ） ※被保険者本人、同居の親族、成年後見人以外は、委任状が必要となります。

②被保険者

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	フリガナ	申請者と同じ場合は記入不要		
	氏名	申請者と同じ場合は記入不要		
	住所	申請者と同じ場合は記入不要 電話（ - - ）		

③必要な証明書等、申請理由（該当するものに○をしてください。）

必要 書類	1	被保険者証	4	受給資格証明書
	2	負担割合証	5	障がい者控除対象者認定書
	3	負担限度額認定証	6	その他（ ）
申請理由	a 紛失・消失 b 破損・汚損 c 申告・申請 d その他（ ）			

④申請者が被保険者本人、同居の親族、成年後見人以外の場合は委任状の記入をお願いします。

※委任状がない場合には、被保険者本人（もしくは届け出のある送付先）への郵送交付となります。

<委 任 状>

佐久穂町長 あて 年 月 日

私は、介護保険被保険者証等再交付申請書の提出及び証明書等の受領について、上記申請者を代理人と認め、その権限を委任します。

住 所

被保険者
(委任者) 氏 名

※代筆の場合は必ずご記入ください。記入した委任状を本人に見せ、または読み聞かせ等により相違ないことを確認いたしました。この委任状における一切の責任は私が負うことを了承しています。

代筆者名 代筆の理由（ ）

以下、役場担当係記入 申請者（来庁者）本人確認等 ☐運転免許証 ☐保険証 ☐マイナンバーカード ☐その他（ ）

確認者：

備考)

処理状況 ☐窓口交付（ ） ☐郵送（ ） ☐その他（ ）