

# 介護保険受給資格証明書交付申請書

紋別市長様

次のとおり受給資格証明書の交付を申請します。

|       |               |       |
|-------|---------------|-------|
|       | 申請年月日         | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係        |       |
| 申請者住所 | 〒<br><br>電話番号 |       |

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                       |           |   |    |       |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------|---|----|-------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者      | 被保険者番号    | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> |    |       |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |           |   |    |       |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | フリガナ      |   |    | 生年月日  | 明・大・昭<br><br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                    |           |   | 性別 | 男 ・ 女 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 異<br>動<br>前<br>情<br>報 | 転出前<br>住所 | 〒<br><br>電話番号   |    |       |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 異<br>動<br>後<br>情<br>報 | 転出後<br>住所 | 〒<br><br>電話番号   |    |       |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 転出予定日                 |           | 年 月 日   |    |       | 受給資格証明書            |  | <input type="checkbox"/> 即時発行<br><input type="checkbox"/> 後日送付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

受給資格証明書送付先 (希望する送付先にチェック☑して下さい。)

- 転出後住所(転出地)
- 転出地市区町村(介護保険担当課)

|    |    |   |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
|    |    |   |

(転出用)