

# 介護保険受給資格証明書交付申請書

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	平成 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																			
	ふりがな													生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏名													性別	男 ・ 女					
異 動 前 情 報	従前の住所 (転出地)	〒 電話番号																		
異 動 後 情 報	現住所 (転入地)	〒 電話番号																		

受給資格証明書送付先	(希望する送付先のすべてにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。)
<input type="checkbox"/> 異動後住所 (転入地)	
<input type="checkbox"/> 転入地市区町村 (介護保険担当課)	

# 記入例

## 介護保険受給資格証明書交付申請書

〇〇市長様

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	平成23年 11月 1日
申請者氏名	宇部 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒 757-0216 宇部市大字〇〇1111番地 電話番号 0836-11-1111		

※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	1 0 0 3 3 3 3 3 3 3 3			
	ふりがな	うべ はなこ		生年月日	明・(大)・昭 11年 1月 1日
	氏名	宇部 花子		性別	男 ・ (女)
異 動 前 情 報	従前の住所 (転出地)	〒 753-0022 〇〇市〇〇1丁目1番1号 電話番号 0833-22-2222			
異 動 後 情 報	現住所 (転入地)	〒 755-8601 宇部市常盤町1丁目7番1号 電話番号 0836-31-4111			

受給資格証明書送付先	(希望する送付先のすべてにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。)
<input type="checkbox"/> 異動後住所 (転入地)	
<input checked="" type="checkbox"/> 転入地市区町村 (介護保険担当課)	