

- 介護保険 被保険者証
- 介護保険 負担割合証
- 介護保険 負担限度額認定証

再交付申請書

年 月 日

有田市長様

次の者の証の再交付を以下のとおり申請します。

被保険者	個人番号																		生年月日	明治・大正・昭和
	被保険者番号																			年 月 日
	フリガナ																	性別	男 ・ 女	
	氏名																			
	住民登録地	〒											電話番号							

申請理由	紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ その他()
------	-----------------------

(委任状)

代理人の住所

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

本人との関係

電話番号

私は上記の者を代理人と定め、証の受領に関する権限を委任します。

記入日 年 月 日

本人の 氏名

被保険者本人の委任・署名を得られない場合の理由

※市役所記入欄

本人・代理人を確認した書類等	運転免許証 ・ パスポート ・ 他()
受付方法	窓口 ・ 郵送 ・ その他()