記 載 例

介護保険　負担割合証再交付申請書

（宛先）柳井市長

次のとおり申請します。

代理人の方が申請される場合は、代理人の方の氏名、住所等を記入してください。申請時必要な本人確認書類等は、次ページ（※１）でご確認ください。

申請年月日	令和　２年　１２月　１日		
申請者氏名	柳井　太郎	本人との関係	
申請者住所	〒742－8714 柳井市南町一丁目10番2号 電話番号（ 0820 ） 22 － 2111		

＊申請者が被保険者本人

個人番号通知カードに記載された12桁の数字をご記入ください。

被保険者	被保険者番号	０００００１２３４５６	個人番号	７７７７７７７７７７７＊
	フリガナ	ﾔﾅｲ ﾀﾛｳ	生年月日	明・大・昭　11年　1月　1日
	氏名	柳井　太郎	性別	（男）・女
	住所	〒742－8714 柳井市　南町一丁目10番2号 電話番号（ 0820 ） 22 － 2111		

申請の理由	（１）紛失・焼失　２ 破損・汚損　３ その他（　　）

申請の際、次ページの「必要な書類（※１）」をご用意ください。

受付印

受付		□窓口 □郵送 □	処理		処理日 □窓口渡し □郵送 □

【申請の際、本人確認のために**必要な書類**】（※１）

〇被保険者本人が申請する場合　［※ご用意いただく本人確認書類　①＋②］

申請方法	①個人番号の確認書類	②被保険者本人の身元確認書類
窓口に持参する場合	・個人番号通知カード ・個人番号カード ・個人番号が記載された住民票の写しのいずれか　１つ	運転免許証、個人番号カード、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているものを　１つ 以上の書類の提示が困難な場合は、 介護保険負担割合証、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳など官公署が発行した書類を　２つ以上
郵送する場合	上記のコピーを添付してください。	上記のコピーを添付してください。

〇任意代理人（家族の方など）が申請する場合

［※ご用意いただく本人確認書類　③＋④＋⑤］

申請方法	③代理権の確認書類	④代理人の身元確認書類	⑤被保険者本人の個人番号確認書類
窓口に持参する場合	被保険者ご本人の **健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳、介護保険負担割合証など官公署が発行した書類（原本）　１つ** 又は 委任状（代理権授与通知書）	運転免許証、個人番号カード、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているもの　１つ 以上の書類の提示が困難な場合は、 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳など官公署が発行した書類を２つ以上	被保険者ご本人の ・個人番号通知カード ・個人番号カード ・個人番号が記載された住民票の写し のいずれか　１つ
郵送する場合	**上記の官公署が発行した書類のコピー** 又は 委任状（代理権授与通知書） を添付してください。	上記のコピーを添付してください。	上記のコピーを添付してください。