|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　受給資格証明書交付申請書    (あて先)　寝屋川市長    　　　 　　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 | | 〒　　　　－    　電話番号　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | | **０** | **０** | **０** | **０** | |  |  |  |  | |  |  | | 異動（予定）日 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | |
| 要介護度 | | | 要支援(　　 )要介護( 　　) | | | | | | | | | 有効期間 | | | | 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 生 　年　 月 　日 | | |  |  |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　日 | | |  |
| 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 | | | | | | | （希望する送付先または手渡しにチェック ν してください。） | | | | | | | | | | | | | |
| □　異動後住所（転入地） | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付印 | | | |
| □　転入地市区町村（介護保険担当課） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □　申請者に手渡し | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 職員記入欄 | 市 | 東 | 西 | 萱島 | 香里園 | ねやがわ | 高齢 |   　　※（受付場所に○をしてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |