介護保険　被保険者証 資格者証 受給資格証明書 負担限度額認定証 負担割合証　交付 再交付　申請書

（該当するものを〇で囲む）

十和田市長　様

次のとおり申請します。

申請日	年　月　日

申請者	フリガナ	
	氏　名	印
	被保険者との続柄（自分は被保険者の〇〇〇）	本人・配偶者・父母・子・孫・兄弟姉妹・施設職員・担当ケアマネジャー その他（　　）
	被保険者本人が申請する場合は、以下の申請者住所欄の記入は不要です。	
	住　所	〒 TEL（　　）　－

被保険者	被保険者番号													
	個人番号													
	住　所	〒 TEL（　　）　－												
	フリガナ													
	氏　名	印												
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日										性別	男・女	

申請の理由	1．紛失・焼失　2．破損・汚損　3．未着　4．その他（　　）

2号被保険者のみ記入	医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

再交付する書類等について、今回に限り送付先の変更を希望する場合には、以下の送付先住所欄へ記入してください。

送付先	〒 TEL（　　）　－

交付年月日	年　月　日	交付方法	直接・郵送・その他
回収年月日	年　月　日		
申請者確認事項	＊医療被保険者証　＊介護被保険者証　＊運転免許証 ＊その他（　　）		

	課長	課長補佐	係長	担当	受付
決裁					