

# 介護保険受給資格証明書交付申請書

遠 軽 町 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 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・電話番号の記入は不要です。

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 ( )		

<input type="checkbox"/> 受給資格証明書送付先	(希望する送付先にチェック☑して下さい。)
<input type="checkbox"/> 異動後現住所 (転入地)	
<input type="checkbox"/> 転入地市区町村 (介護保険担当課)	住所 担当課 〒 TEL ( )