

# 介護保険受給資格証明書交付申請書

米原市長

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	令和 2 年 4 月 1 日
申請者氏名	米原 介護	本人との関係	本人
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・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	6 0 0 0 0 0 0 0 0 1		
	ふりがな	マハラ カイゴ	生年月日	明・大・昭 9 年 4 月 1 日
	氏 名	米原 介護	性 別	男 ・ 女
異 動 前 情 報	従前の 住 所 (転出地)	〒 521-0292 米原市長岡 1206 番地 電話番号		
異 動 後 情 報	現住所 (転入地)	〒 100-8916 東京都千代田区霞が関 1 - 2 - 2 電話番号 03-5253-1111		

受給資格証明書送付先 (希望する送付先の全てにチェック☑して下さい。)

異動後現住所 (転入地)

転入地市区町村 (介護保険担当課)

発行済

窓口にて発行した場合は、空欄に「発行済」と記入してください。申請中などで後日結果を通知しなければならない場合は、送付先を伺ってチェックをいれてください。