

介護保険 資格者証等 (再) 交付申請書

次のとおり届出し、(再) 交付を申請します。

お住いの区を
ご記入ください

神戸市 中央 区長 あて

申請年月日

令和 7 年 10 月 1 日

フリガナ	カイゴ タロウ		
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
生年月日	明・大・ 昭 15 年 1 月 1 日	電話番号	078- 331 - 8181
被保険者住所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号		

ご不明の場合は
記入不要です

(再) 交付を申請 する証明書	☐ 資格者証	☒ 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
	☐ 受給資格証明書	☐ その他()
申請の理由	☒ 紛失	☐ 年齢到達(または適用除外施設退所)前の事前申請
	☐ 破損・汚損	申請理由が破損・汚損の場合はお手元の社会福祉法人等 利用者負担軽減確認証を同封してください

※65歳未満で、年齢到達(または適用除外施設退所)前の事前申請をされる方のみ、記入してください。

医療保険者名		記号		番号	
医療保険者番号		事業者名(社保の場合)			

※申請者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

申請者氏名	介護 花子	本人との関係	妻
申請者住所	☒ 被保険者と同じ	電話番号	078- 331 - 8181

※区役所の窓口で証明書を受領する場合のみ、記入してください。

本日確かに申請にかかる証明書を受領しました。	令和 年 月 日
(受領者署名)	

神戸市処理欄						証交付: 窓口・郵送(/)	受付印		
受付	本人確認	入力	証交付	保険確認 (事前)	旧証回収 (再交付)			起案日: 令和 年 月 日	
								決裁日: 令和 年 月 日	
(備考)								上記のとおり処理いたしたく(伺)	
						課長	係長	担当	窓口・郵送