

介護保険被保険者証・資格者証 紛失届出書

神戸市長宛

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

下記の介護保険に係る手続きの申請書・届出書の提出にあたり、添付が必要な介護保険被保険者証・資格者証を紛失したため届け出ます。万が一、被保険者証・資格者証が見つかった場合は速やかに返却します。

介護保険に係る 手続き (該当する手続きに チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成依頼届出書 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼届出書 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画等作成依頼終了届出書 <input type="checkbox"/> 施設入所届出書 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (終了届出書)

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ								生年 月日	明治 大正 昭和
	被保険者氏名								年	月
	住民票上の住所	〒	—	電話番号				( )	日	

※認定申請の場合は、認定申請書の申請書記入者欄に記入した氏名・住所(事業者名称・担当者氏名・所在地)を記入してください。

※居宅サービス(介護予防サービス)計画作成依頼届出等の場合は、居宅サービス(介護予防サービス)計画作成依頼届出書等の届出人欄に記入した氏名・住所(事業者名称・担当者氏名・所在地)を記入してください。

届 出 者	届出者氏名 又は 事業者の 名称	※本人の場合は記入不要です (事業者担当者名 : )	本 人 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 本人
	住所又は 所在地	〒 —		<input type="checkbox"/> 親族 (続柄 : )
	電話番号	( )		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 後見人等 ※登記事項証明等必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
			事業者番号	

※届出者が本人・親族以外の場合は委任が必要です。

委 任 欄	私は、上記の届出者に介護保険被保険者証・資格者証紛失届出書の提出を委任します。	
	被保険者氏名	代筆者氏名
	※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能ですが、(事業者は代筆不可) (続柄)	

神戸市記入欄	区 窓 口 受 付	セ ン タ ー 受 付
--------	-----------------------	----------------------------