

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 3 年 3 月 15 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 checked="" 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	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	生年 月日	明治 大正 昭和	12 年 3 月 4 日
	フリガナ	コウベ ハナコ			
	被保険者氏名	神戸花子			
	住民票上の住所	〒650 - 0001	電話番号	078 (321) 0000	
		神戸市中央区加納町×丁目×番×号			

※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 居宅介護支援事業所○×△ (事業者担当者名: 兵庫二郎)	本人 との 関 係	<input type="checkbox"/> 本人	2 8 1 0 9 8 7 6 5 4
				<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:)	
			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
			<input checked="" 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 ()			
	住所又は 所在地	〒651 - 0096 神戸市中央区雲井通×丁目×番×号	事業者番号		
	電話番号	078 (333) 0000			

※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	神戸花子 代筆者氏名 神戸太郎
	※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。(事業者は代筆不可) (続柄) 子	

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