

介護保険

提出先：佐倉市役所 介護保険課 (043)484-6187・6174

〒285-8501佐倉市海隣寺町97

【福祉センター 1階】

記入例

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先) 佐倉市長

次のとおり介護保険被保険者証の交付を申請します。

	申請年月日	〇〇年〇月〇日	
申請者氏名	佐倉 一郎	本人との関係	子
申請者住所	〒285-〇〇〇〇佐倉市〇〇〇町〇〇番地佐倉市〇〇〇町〇〇番地 電話番号 043 (484) 〇〇〇〇		

*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	フリガナ	サクラ タロウ	個人番号																	
	被保険者氏名	佐倉 太郎	生年月日	〇〇年〇月〇日																
			性別	男 ・ 女																
	住所	〒285-〇〇〇〇 佐倉市〇〇〇町〇〇番地佐倉市〇〇〇町〇〇番地 電話番号 043 (484) 〇〇〇〇																		

医療保険者名	〇〇〇〇	医療保険被保険者証記号番号	12345678
--------	------	---------------	----------

* 2号被保険者の被保険者証交付申請者用