

介護保険

提出先：佐倉市役所 介護保険課 (043)484-6187

〒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 受給資格証明書交付申請書

(宛先) 佐倉市長

次のとおり申請します。

申請年月日

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	氏名	佐倉 一郎	被保険者からみた関係	
	住所	〒285-〇〇〇〇 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

介護保険被保険者番号	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者	フリガナ	サクラ タロウ	生年月日	明 大・昭〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	佐倉 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐倉市〇〇〇町〇〇番地		

転出先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇〇丁目〇〇番地〇〇	電話番号 (03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
-------	---------------------------------	---------------------

転出予定日	〇〇年〇〇月〇〇日
-------	-----------

*この用紙にて届出いただくのは、転出先住所が一般住宅の場合に限ります。

送付先住所	〒転出後に、直接、施設等に入所される場合は、「介護保険住所地特例適用届」を提出してください。	電話番号
-------	--	------

※ 転出先と送付先が違う場合にのみ記載してください。