**介護保険受給資格証明書交付申請書**

高原町長　様

次のとおり受給資格証明書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　 |

　　　　　　　　※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 異動前情報 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 異動後情報 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 転出予定日 | 　　　年　　月　　日 | 受給者資格証明書 | 　□　即時発行　□　後日送付 |