介護保険　被保険者証・負担割合証　交付申込書

豊中市長　あて

次のとおり申し込みます。

被保険者番号

申込日	令和元　年　5　月　4　日

太枠の中を記入してください。

申込者	本人　同一世帯員　その他（　子　）			
	住所	豊中市　庄内幸町5丁目8番1号		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	トヨナカ　ミライ	電話番号	
	氏名	豊中　未来 （個人番号：　）	06（6334）3536	

被保険者	交付が必要な方を記入してください。				
	住所	申込者と同じ	豊中市　中桜塚3丁目1番1号		
	氏名		生年月日		必要な証
	豊中　太郎 （個人番号：OOOOOOOOOOOO）		大・昭・平・令・西暦	25 年 1 月 1 日	☑被保険者証 ☑負担割合証

以下、保険資格課使用欄

交付理由	紛失　破損　盗難　未着　その他（　）				
本人確認書類	□運転免許証　□パスポート　□住基カード □個人番号カード　□保険証等　□その他（　）				
交付年月日	被保険者証	負担割合証	受付者	入力者	確認者
年　月　日	□郵送 □手渡し	□郵送 □手渡し			

□ 電話申込み（　時　分）

□ 紛失入力