

様式第9号(第2条関係)

※ 本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状又は代理権の確認、あるいは申請書下部の被保険者欄に署名が必要です。法定代理人は、登記事項証明書ほか、その資格を証明する書類の提出でも構いません。

次のとおり申請します。

包括・事業所申請の場合は、**窓口に来た方の氏名を記載。住所は記載不要。**

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 4. その他（ ）	2. 運転免許証・運転経歴証明書	3. 介護保険被保険者証・負担割合証
--------	-------------------------	------------------	--------------------

確認者()

- 注 1 申請の時に、医療保険加入者であることを確認することができる書類等の提示を求める場合があります。
2 要介護認定又は要支援認定を受ける場合は、介護保険要介護認定・要支援認定の申請を別に行ってください。
3 申請者は、本人であることを確認できるもの（本人写真の写し、本人印鑑、本人の健康保険証、本人の住民票の写し）を提出してください。

委任状が必要な場合、こちらに被保険者の署名があれば代用できます。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険者証の交付を委任します。

被保險者

⑤

(署名以外は押印必要)

介護保険 被保険者証交付申請書

(宛先)高松市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者の氏名		被保険者との関係	
申請者の住所	〒 ー (この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。)		
	電話番号() ー		
提出代行者の名称・所在地・電話番号	該当するものに○ (地域包括支援センター・事業所)		

被 保 険 者	個人番号														職権確認	
	フリガナ													生年月日	年 月 日	
	氏 名															
	住 所	〒 ー 高松市 電話番号() ー														

医療保険者名		医療保険被保険者等 記 号 番 号	
--------	--	----------------------	--

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()		
申請者確認欄	1点 確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他()	
	2点 確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他()	

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()
--------	--

確認者()

- 注 1 申請の時に、医療保険加入者であることを確認することができる書類等の提示を求める場合があります。
- 2 要介護認定又は要支援認定を受ける場合は、介護保険要介護認定・要支援認定の申請を別に行ってください。
- 3 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険者証の交付を委任します。

被保険者 _____ 印
(署名以外は押印必要)