**介護保険　被保険者証等紛失届出書**

**（宛先）幸田町長**

**次のとおり申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請年月日** | **令和　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、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** |  |
| **被保険者氏名** |  | **生年月日** | **大正・昭和　　　年　　月　　日** |
| **性　　別** | **男　　　・　　　女** |
| **住　所** | **〒**  **電話番号** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **紛失した**  **証明書** | **１　介護保険被保険者証**  **２　介護保険負担割合証**  **３　介護保険資格者証**  **４　介護保険受給資格証明書**  **５　介護保険負担限度額認定証** |