

## 介護保険受給資格証明書交付申請書

北見市長様

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
申請書氏名	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			
	氏 名	生年月日	年 月 日	
異 動 前 情 報	従 前 の 住 所 ( 転 出 地 )	〒  電話番号		
異 動 後 情 報	現 住 所 ( 転 入 地 )	〒  電話番号		

受給資格証明書送付先	(希望する送付先にチェックしてください)
<input type="checkbox"/> 転出先の現住所(転入地)	
<input type="checkbox"/> 転入地市町村(介護保険担当課)	