

介護保険 受給資格証明書 交付申請

様

(交野市への転入・交野市からの転出) のため、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、申請住所・電話番号は記載不要です(氏名は記載必要です)。

被 保 険 者	被保険者番号				
	ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名				
異 動 前 情 報	転出前の 元の住所 (転出地)	〒 様方 電話番号			
異 動 後 情 報	転入後の 新しい住所 (転入地)	〒 様方 電話番号			
	異動予定日	年 月 日 (月 日に 転出手続き済み ・ 未手続き)			

発行した受給資格証明書の送付先	(希望する送付先にチェック☑して下さい。)
<input type="checkbox"/> 転入後の新しい住所 (転入地)	
<input type="checkbox"/> 転入前の元の住所 (転出地)	
<input type="checkbox"/> 転入後の市区町村役場の介護保険担当課 (交野市へ転入する場合は交野市高齢介護課)	

==[以下は交野市で記入します]=====

受付窓口名	受付担当者名	受付日	高齢介護課 受付担当者名	(交野市から転出の場合) 高齢介護課での 証明書作成発送日	(交野市から転入の場合) 前市区町村への 交野市からの依頼日
		/		/	/