



介護保険被保険者証及び介護認定結果通知書に係る受取申出書

岸和田市長 様

次のとおり申出します。

被保険者番号	0 0 0	申出年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
申出理由	<input type="checkbox"/> 本人入院中等であり、介護保険被保険者証等の受取人がいない為 <input type="checkbox"/> 認知症等により、介護保険被保険者証等の受取及び管理が困難である為 <input type="checkbox"/> その他 ()		

<注意事項>

- ①介護保険被保険者証等の窓口での受取はやむを得ない事情に限ります。
- ②介護保険被保険者証等の発送日の確認だけでは受取の申出をしたことにはなりません。必ず申出書の提出が必要です。
- ③介護保険被保険者証等の受取には必ず**委任状**が必要です。
※受取人がご家族の場合は、受取時に申出者の身分証明書のみご持参ください。
- ④申出時に介護保険被保険者証等のお渡し日が決定していない場合は、後日ご連絡します。

申出者	事業所名	本人との関係	地域包括支援センター・居宅介護支援事業者 介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設 家族()・その他()
	氏名	電話番号	

市処理欄

お渡し日	連絡	受付者
/	窓口・電話(/)	