第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険　被保険者証の提出依頼**

**固定文言１＋編集１**

　認定年月日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い、従前の被保険者証

又は資格者証（暫定被保険者証）をお持ちの方は次のとおり提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 提出場所 |  | | |
| 提出期限 |  | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |