

【名古屋市】介護保険被保険者証の再交付申請

電子申請サービスの手続き手順

1 申請をする前にご確認ください

(1) 申請をすることができるのは以下の方です。

- ①再交付が必要な方（被保険者）ご本人
- ②同一世帯の親族（同じ住民票に載っている親族）
- ③再交付が必要な方（被保険者）から委任を受けた代理人

→委任状の画像データの添付が必要です。詳細は p.12「1.1 代理人による申請について」を確認してください。

※事業者職員が代理人となる場合は、事業者名ではなく、代理人となる事業者職員のお名前で申請をしてください。

(2) この申請にはマイナンバーカードを用いた公的個人認証が必要です。以下のものを準備してください。

| | | |
|---|--------------------------|---|
| ① | 手続きを行う方のマイナンバーカード | <ul style="list-style-type: none">・ケアマネジャー等、代理申請の場合は代理人の方のものが 必要です。(被保険者本人のものは不要)・電子署名が有効であることが必要です。 |
| ② | 署名用電子証明書暗証番号(6桁以上) | <ul style="list-style-type: none">・市区町村の窓口でマイナンバーカードを受け取った際に、 ご自身で設定した6～16文字の英数字です。 |
| ③ | マイナンバーカードをスキャンできるスマートフォン | <ul style="list-style-type: none">・NFCまたはFeliCaに対応しているものが 必要です。・申請フォームへの入力はパソコンでも 可能です。 |
| ④ | Graffer 電子署名アプリ | <ul style="list-style-type: none">・名古屋市電子申請サービスでマイナンバー カードによる電子署名を行うための アプリです。・アプリ内に個人情報は保存され ません。 |

(3) 再交付が必要な方の年齢が「40歳以上65歳未満(第二号被保険者)」の場合は、再交付が必要な方の医療保険の被保険者証(健康保険証)の画像データを添付する必要があります。

(4) 申請の理由が汚損・破損の場合は被保険者証の返却が必要です。

お手元の被保険者証を申請から1週間以内にお住まいの区の区役所福祉課に郵送してください。汚損・破損した被保険者証をご返却いただきから新しい被保険者証の交付処理を行います。なお、申請から1週間以内に被保険者証の返却がないときは、申請が無効となる場合があります。

(5) 電子申請してから新しい被保険者証の送付までは通常1週間ほどかかります。お急ぎの場合は各区役所福祉課・支所区民福祉課窓口にて申請してください。

2 申請方法

(1) 「NAGOYA かいごネット」ウェブサイトから申請フォームまで進みます。

① 「NAGOYA かいごネット」ウェブサイト「介護保険制度のあらまし」を選択します。



② 「こんなときの手続きは？」の項目にある「介護保険被保険者証の再交付申請」を選択します。表示されたウェブページの「電子申請する場合」の項目にある「介護保険被保険者証の再交付申請の電子申請フォーム」を選択し、申請フォームに進みます。



介護保険証の再交付申請

3 申請者の情報の入力および確認事項

入力フォーム

申請者の情報

名前

署名時にマイナンバーカードから自動入力されます

名前 (カナ) 必須

① サイコウフ タロウ

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

② 1234567

住所

署名時にマイナンバーカードから自動入力されます

生年月日 (西暦)

署名時にマイナンバーカードから自動入力されます

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

③ 123-4567-

メールアドレス 自動入力

④ 一時保存して、次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

申請者の情報を入力します。

(※ケアマネジャー等、事業者職員が代理人となる場合、事業者の情報でなく、代理人個人の情報を入力してください。)

①申請者の名前のフリガナ

②申請者の郵便番号

③日中連絡がつく申請者の電話番号

※名前、住所、生年月日、メールアドレスは、電子署名時にマイナンバーカードから自動入力されるので、ここで入力する必要はありません。

すべて入力後、④「次へ進む」をクリックします。

入力フォーム

同意事項

新しい被保険者証の送付にかかる日数 必須

電子申請してから新しい被保険者証の送付までは通常1週間ほどかかります

① 了承しました。

委任状が必要な場合があります 必須

申請者が再交付が必要な方本人または同一世帯の親族（同じ住民票に載っている親族）以外の場合は委任状の添付が必要です。「介護保険被保険者証再交付申請のご案内」のページにある「介護保険被保険者証再交付申請の電子申請手続き手順」を確認し、事前に作成してください

② 了承しました。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

③ 一時保存して、次へ進む

< 戻る

確認事項をご確認いただき、

①及び②にチェックをしてください。

チェックが済んだら、③「次へ進む」をクリックします。

4-1 申請情報の入力（再交付が必要な方が本人が申請する場合）

※同一世帯の親族(同じ住民票に載っている親族)が申請する場合は、4-2へ進んでください。

※代理人が申請する場合は、4-3へ進んでください。

申請内容を入力します。

①「住所区」

再交付が必要な方がお住いの区を選択してください。

②「申請者の種別」

「本人」を選択してください。

③「被保険者番号」を入力してください。

④「申請の理由」

以下の項目から申請の理由を選択してください。

選択してください

選択してください

- 紛失・焼失
- 破損・汚損
- その他

※「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください。

その他

申請の理由（詳細）

「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください

⑤「再交付が必要な方の年齢」を以下の項目から選択してください。

再交付が必要な方の年齢

選択してください

選択してください

- 65歳以上（第一号被保険者）
- 40歳以上65歳未満（第二号被保険者）

※「40歳以上65歳未満（第二号被保険者）」を選択した場合は、再交付が必要な方の医療保険の被保険者証（健康保険証）の画像データを添付してください

再交付が必要な方の年齢

40歳以上65歳未満（第二号被保険者）

医療保険の被保険者証

再交付が必要な方の医療保険の被保険者証（健康保険証）の画像データを添付してください

ファイルを選択...

すべて入力後、⑥「次へ進む」をクリックします。
→「5 申請内容の確認」に進んでください。

申請内容

住所区 必須
再交付が必要な方のお住いの区を選択してください
(市外の施設に入所している方は入所前にお住いの区)

① 選択してください

申請者の種別 必須
再交付が必要な方との続柄を選択してください

② 本人

被保険者番号 任意
再交付する介護保険被保険者証や介護保険料の通知に記載されている「10」からはじまる10ケタの番号を半角数字で入力してください

③ 1001234567

申請の理由 必須
再交付申請する理由を選択してください。
汚損・破損の場合はお手元の被保険者証を申請から1週間以内にお住いの区の区役所福祉課に郵送してください。汚損・破損した被保険者証をご返却いただいてから新しい被保険者証の交付処理を行います。なお、申請から1週間以内に被保険者証の返却がないときは、申請が無効となる場合があります

④ 選択してください

再交付が必要な方の年齢 必須

⑤ 選択してください

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

⑥ 一時保存して、次へ進む

戻る

4-2 申請情報の入力（同一世帯の親族(同じ住民票に載っている親族)が申請する場合）

※再交付が必要な方が本人が申請する場合は、4-1 へ
戻ってください。

※代理人が申請する場合は、4-3 へ進んでください。

申請内容を入力します。

①「住所区」

再交付が必要な方がお住いの区を選択してください。

②「申請者の種別」

「同一世帯の親族(同じ住民票に載っている親族)」を選択してください。

③「被保険者番号」を入力してください。

④「再交付が必要な方の氏名」を入力してください。

⑤「再交付が必要な方の氏名カナ」を入力してください。

⑥「再交付が必要な方の生年月日」を選択してください。項目をクリックすると、以下のようにスクロールから選択できます。

再交付が必要な方の生年月日

1931年(昭和6年)
1932年(昭和7年)
1933年(昭和8年)
1934年(昭和9年)
1935年(昭和10年)
1936年(昭和11年)
1937年(昭和12年)
1938年(昭和13年)
1939年(昭和14年)
1940年(昭和15年)
1941年(昭和16年)
1942年(昭和17年)
1943年(昭和18年)
1944年(昭和19年)
1945年(昭和20年)
1946年(昭和21年)
1947年(昭和22年)
1948年(昭和23年)
1949年(昭和24年)
1950年(昭和25年)
1951年(昭和26年)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

⑦「申請の理由」

以下の項目から申請の理由を選択してください。

選択してください

選択してください

紛失・焼失
破損・汚損
その他

※「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください。

その他

申請の理由(詳細) 必須

「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください

↓次ページに続く

申請内容

住所区 必須

再交付が必要な方のお住いの区を選択してください
(市外の施設に入所している方は入居前にお住まいの区)

① 選択してください

申請者の種別 必須

再交付が必要な方との続柄を選択してください

② 同一世帯の親族(同じ住民票に載っている親族)

被保険者番号 必須

再交付する介護保険被保険者証や介護保険料の通知に記載されている「10」からはじまる10ケタの番号を半角数字で入力してください

③ 1001234567

再交付が必要な方の氏名 必須

④ 介護 花子

再交付が必要な方の氏名カナ 必須

⑤ カイゴ ハナゴ

再交付が必要な方の生年月日 必須

⑥

申請の理由 必須

再交付申請する理由を選択してください。
汚損・破損の場合はお手元の被保険者証を申請から1週間以内にお住まいの区の区役所得課に郵送してください。汚損・破損した被保険者証をご返却いただくから新しい被保険者証の交付処理を行います。なお、申請から1週間以内に被保険者証の返却がないときは、申請が無効となる場合があります。

⑦ 選択してください

再交付が必要な方の年齢 必須

⑧ 選択してください

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

⑨ 一時保存して、次へ進む

< 戻る

↓前ページからの続き

⑧「再交付が必要な方の年齢」を以下の項目から選択してください。

再交付が必要な方の年齢 必須

選択してください

選択してください

65歳以上 (第一号被保険者)

40歳以上65歳未満 (第二号被保険者)

※「40歳以上 65歳未満 (第二号被保険者)」を選択した場合は、再交付が必要な方の医療保険の被保険者証 (健康保険証) の画像データを添付してください

再交付が必要な方の年齢 必須

40歳以上65歳未満 (第二号被保険者)

医療保険の被保険者証 必須

再交付が必要な方の医療保険の被保険者証 (健康保険証) の画像データを添付してください

ファイルを選択...

すべて入力後、⑨「次へ進む」をクリックします。
→「5 申請内容の確認」に進んでください。

4-3 申請情報の入力（代理人が申請する場合）

※再交付が必要な方ご本人が申請する場合は、4-1 へ戻ってください。

※同一世帯の親族（同じ住民票に載っている親族）が申請する場合は、4-2 へ戻ってください。

申請内容

住所区 必須

再交付が必要な方のお住いの区を選択してください
(市外の施設に入所している方は入所前にお住まいの区)

①

申請者の種別 必須

再交付が必要な方の続柄を選択してください

②

委任状 必須

申請者が本人または同一世帯の親族（同じ住民票に載っている親族）以外の場合は委任状の画像データを添付してください

③

委任状への署名の有無 必須

再交付が必要な方（委任者）ご自身による署名の有無を選んでください

④

委任事項 必須

委任状に記載された委任事項を選んでください

⑤

被保険者番号 任意

再交付する介護保険被保険者証や介護保険料の通知に記載されている「10」からはじまる10ケタの番号を半角数字で入力してください

⑥

再交付が必要な方の氏名 必須

⑦

再交付が必要な方の氏名カナ 必須

⑧

再交付が必要な方の生年月日 必須

⑨ 月 日

再交付が必要な方の郵便番号 必須

⑩

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

再交付が必要な方の住所 必須

⑪

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

↓次ページに続く

申請内容を入力します。

① 「住所区」

再交付が必要な方がお住いの区を選択してください。

② 「申請者の種別」

「その他」を選択してください。

③ 「委任状」の画像データを添付してください。

④ 「委任状への署名の有無」を選択してください。

委任状への署名の有無 必須

再交付が必要な方（委任者）ご自身による署名の有無を選んでください

委任者の署名がある
委任者の署名がない

※「委任者の署名がない」を選択した場合は、「再交付が必要な方の本人確認書類」の画像データを添付してください。

本人確認書類 必須

再交付が必要な方（委任者）の委任状への署名がない場合は再交付が必要な方（委任者）の本人確認書類の画像データを添付してください
官公署の発行する本人確認書類などで、顔写真付きのもの（運転免許証、パスポートなど）は1点、顔写真付きではないもの（医療保険証、キャッシュカードなど）は2点必要です

再交付が必要な方の本人確認書類①.png

本人確認書類（追加） 任意

再交付が必要な方の本人確認書類②.png

⑤ 「委任事項」を選択してください。

委任事項 必須

委任状に記載された委任事項を選んでください

被保険者証の再交付申請のみ
被保険者証の再交付申請及び再交付された被保険者証の受領

※「被保険者証の再交付申請及び再交付された被保険者証の受領」を選択した場合は、「被保険者証の送付先」を選択してください。

被保険者証の送付先 必須

再交付された被保険者証の送付先を選んでください

「再交付が必要な方（委任者）の住所」を選んだときは、別途送付先変更の手続きをされている場合、登録されている送付先に送付します

再交付が必要な方（委任者）の住所
申請者の住所
その他

↓次ページに続く

↓前ページからの続き

申請の理由 必須

再交付申請する理由を選択してください。

汚損・破損の場合はお手元の被保険者証を申請から1週間以内にお住まいの区の区役所福祉課に郵送してください。汚損・破損した被保険者証をご返却いただいてから新しい被保険者証の交付処理を行います。なお、申請から1週間以内に被保険者証の返却がないときは、申請が無効となる場合があります。

⑫ 選択してください

再交付が必要な方の年齢 必須

⑬ 選択してください

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

⑭ 一時保存して、次へ進む

戻る

右下段からの続き

※「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください。

その他

申請の理由 (詳細) 必須
「その他」を選択した場合は理由を簡潔に記入してください

⑬ 「再交付が必要な方の年齢」を以下の項目から選択してください。

再交付が必要な方の年齢 必須

選択してください

選択してください

65歳以上 (第一号被保険者)

40歳以上65歳未満 (第二号被保険者)

※「40歳以上 65歳未満 (第二号被保険者)」を選択した場合は、再交付が必要な方の医療保険の被保険者証 (健康保険証) の画像データを添付してください

再交付が必要な方の年齢 必須

40歳以上65歳未満 (第二号被保険者)

医療保険の被保険者証 必須
再交付が必要な方の医療保険の被保険者証 (健康保険証) の画像データを添付してください

ファイルを選択...

すべて入力後、⑭「次へ進む」をクリックします。
→「5 申請内容の確認」に進んでください。

※「被保険者証の送付先」の項目で「その他」を選択した場合は、「送付先の郵便番号」と「送付先住所」を入力してください。

被保険者証の送付先 必須

再交付された被保険者証の送付先を選んでください

「再交付が必要な方 (委任者) の住所」を選んだときは、別途送付先変更の手続きをされている場合、登録されている送付先に送付します

その他

送付先の郵便番号 必須

被保険者証の送付先の郵便番号を入力してください

2345678

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

送付先住所 必須

被保険者証の送付先の住所を入力してください

名古屋市〇区〇〇〇〇

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

⑥ 「被保険者番号」を入力してください。

⑦ 「再交付が必要な方の氏名」を入力してください。

⑧ 「再交付が必要な方の氏名カナ」を入力してください。

⑨ 「再交付が必要な方の生年月日」を選択してください。項目をクリックすると、以下のようにスクロールから選択できます

再交付が必要な方の生年月日 必須

1951年(昭和26年)

1932年(昭和7年)

1933年(昭和8年)

1934年(昭和9年)

1935年(昭和10年)

1936年(昭和11年)

1937年(昭和12年)

1938年(昭和13年)

1939年(昭和14年)

1940年(昭和15年)

1941年(昭和16年)

1942年(昭和17年)

1943年(昭和18年)

1944年(昭和19年)

1945年(昭和20年)

1946年(昭和21年)

1947年(昭和22年)

1948年(昭和23年)

1949年(昭和24年)

1950年(昭和25年)

1951年(昭和26年)

⑩ 「再交付が必要な方の郵便番号」を入力してください。

⑪ 「再交付が必要な方の住所」を入力してください。

⑫ 「申請の理由」

以下の項目から申請の理由を選択してください。

選択してください

選択してください

紛失・焼失

破損・汚損

その他

左中段へ続く

5 申請内容の確認

入力内容の確認

申請する内容を確認してください。この後、申請する内容は編集できません。

手続き名

介護保険被保険者証の再交付申請

申請者の情報

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| 申請者の種別 <small>必須</small> | 編集 |
| 個人 | |
| 名前 | 編集 |
| 署名時にマイナンバーカードから自動入力されます | |
| 名前(カナ) <small>必須</small> | |
| サイコウフ タロウ | 編集 |
| 郵便番号 <small>必須</small> | 編集 |
| 1234567 | |
| 住所 | 編集 |
| 署名時にマイナンバーカードから自動入力されます | |
| 生年月日(西暦) | |
| 署名時にマイナンバーカードから自動入力されます | |
| 電話番号 <small>必須</small> | 編集 |
| 123-4567- | |
| メールアドレス <small>自動入力</small> | |

同意事項

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| 新しい被保険者証の送付にかかる日数 <small>必須</small> | 編集 |
| 了承しました。 | |
| 委任状が必要な場合があります <small>必須</small> | 編集 |
| 了承しました。 | |

申請内容

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| 住所区 <small>必須</small> | 編集 |
| 千種 | |
| 申請者の種別 <small>必須</small> | 編集 |
| 個人 | |
| その他 | 編集 |
| 委任状 <small>必須</small> | 編集 |
| 委任状.png | |
| 委任状への署名の有無 <small>必須</small> | 編集 |
| 委任者の署名がない | |
| 本人確認書類 <small>必須</small> | 編集 |
| 再交付が必要な方の本人確認書類①.png | |
| 本人確認書類(追加) <small>任意</small> | 編集 |
| 再交付が必要な方の本人確認書類②.png | |

今までに入力した情報が出力されますので、申請内容に誤りがないか確認後、画面下部の「電子署名へ進む」をクリックしてください。

※代理人が申請した場合の入力内容の確認の画面を例として掲載しています。

| | |
|---------------------------------|--------------------|
| 委任事項 <small>必須</small> | 編集 |
| 被保険者証の再交付申請及び再交付された被保険者証の受領 | |
| 被保険者証の送付先 <small>必須</small> | 編集 |
| その他 | |
| 送付先の郵便番号 <small>必須</small> | 編集 |
| 2345678 | |
| 送付先住所 <small>必須</small> | 編集 |
| 名古屋市〇区〇〇〇〇 | |
| 被保険者番号 <small>任意</small> | 編集 |
| 1001234567 | |
| 再交付が必要な方の氏名 <small>必須</small> | 編集 |
| 介護 花子 | |
| 再交付が必要な方の氏名カナ <small>必須</small> | 編集 |
| カイゴ ハナコ | |
| 再交付が必要な方の生年月日 <small>必須</small> | 編集 |
| 1907/01/01 | |
| 再交付が必要な方の郵便番号 <small>必須</small> | 編集 |
| 3456789 | |
| 再交付が必要な方の住所 <small>必須</small> | 編集 |
| 名古屋市〇区〇〇〇〇 | |
| 申請の理由 <small>必須</small> | 編集 |
| 紛失・焼失 | |
| 再交付が必要な方の年齢 <small>必須</small> | 編集 |
| 40歳以上65歳未満(第二号被保険者) | |
| 医療保険の被保険者証 <small>必須</small> | 編集 |
| 医療保険の被保険者証.png | |

電子署名へ進む

6 電子署名

(1) 電子署名アプリを起動します。

※パソコンまたはタブレットで申請を行っている場合は、お手持ちのスマートフォンで電子署名アプリを起動し、「パソコンまたはタブレットで申請」から、パソコンまたはタブレット画面上の二次元コードを読み込んでください。

(2) 入力した情報を確認し、「個人認証をする」を選択します。

(3) 暗証番号を入力します。

※マイナンバーカード交付時に設定した英数字6文字以上16文字以下の暗証番号です。

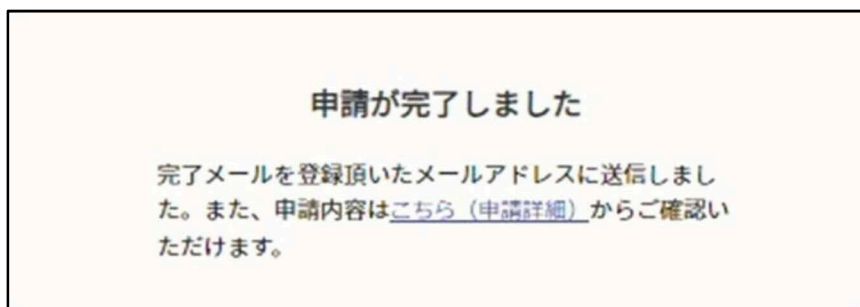
(4) マイナンバーカードの情報を読み取り、電子署名を完了してください。

※よくあるお問い合わせと回答はウェブページ「よくあるご質問」(<https://graffer.jp/faq/>)で公開されています。

- ・マイナンバーカードがうまく読み取れません
- ・「Graffer 電子署名アプリ」とは
- ・「パソコンまたはタブレットに表示された二次元コード」とは何ですか

7 入力完了

以下の画面が表示されます。



その後、電子申請サービスで入力したメールアドレスに受付のお知らせメールが届きます。

※「申請の理由」が「汚損・破損」の場合は、【8 「汚損・破損」した被保険者証の返却】を行ってください。

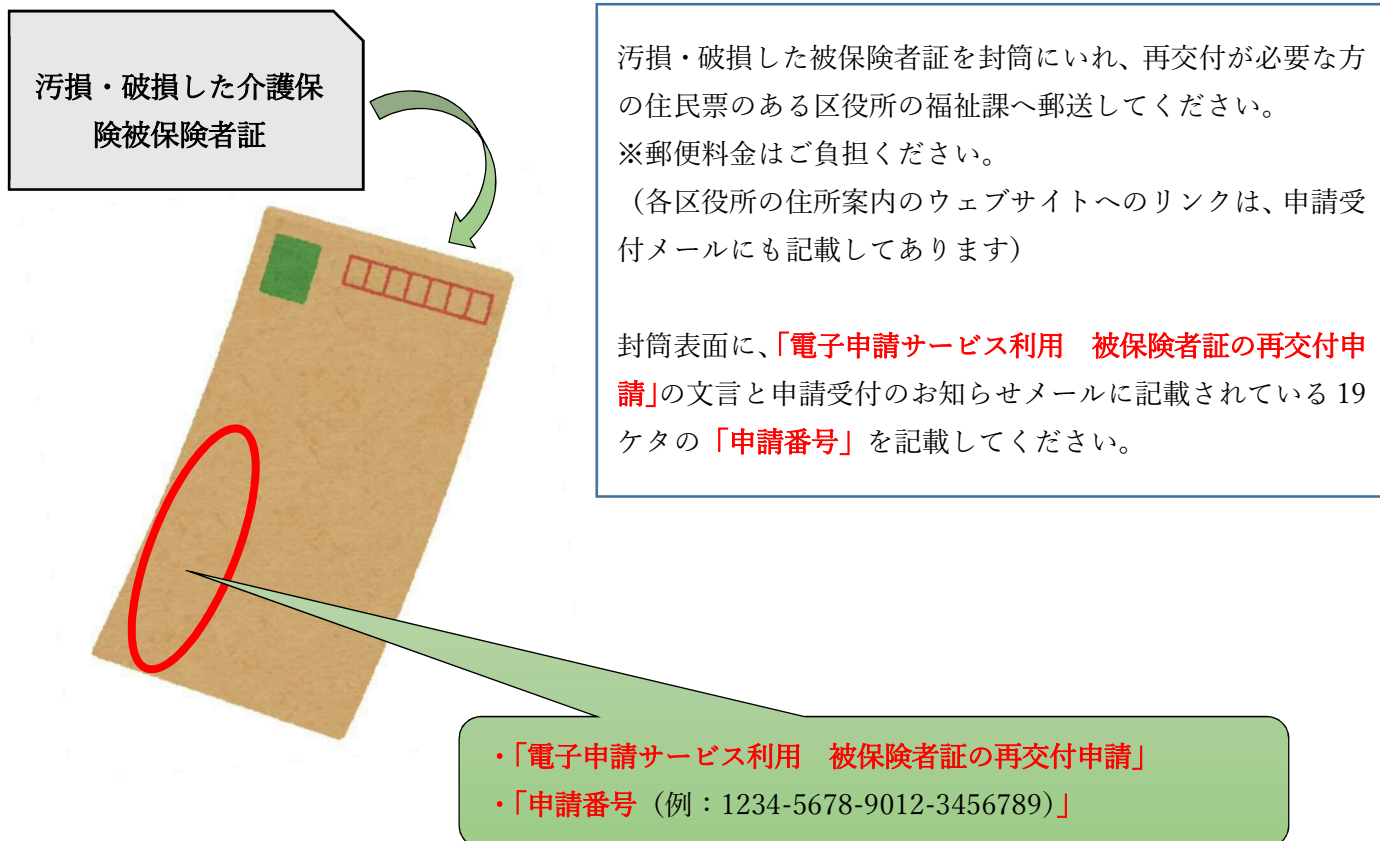
名古屋市が申請内容を確認し、「オンライン申請内容確認の完了」メール（以下、「完了メール」とします。）を送付するまで、しばらくお待ちください。

※申請内容に不明な点がある場合は、お電話で確認させていただくことがあります。

※申請内容に不備がある場合は、申請を受け付けられないことがあります。

8 「汚損・破損」した被保険者証の返却（「申請の理由」が「汚損・破損」の場合のみ）

「申請の理由」が「汚損・破損」の場合は、お手元の被保険者証を申請から1週間以内に再交付が必要な方（被保険者）ご本人がお住まいの区の区役所福祉課に郵送してください。汚損・破損した被保険者証をご返却いただいてから新しい被保険者証の交付処理を行います。なお、申請から1週間以内に被保険者証の返却がないときは、申請が無効となる場合があります。



汚損・破損した介護保険被保険者証

汚損・破損した被保険者証を封筒にいれ、再交付が必要な方の住民票のある区役所の福祉課へ郵送してください。
※郵便料金をご負担ください。
（各区役所の住所案内のウェブサイトへのリンクは、申請受付メールにも記載してあります）

封筒表面に、「**電子申請サービス利用 被保険者証の再交付申請**」の文言と申請受付のお知らせメールに記載されている19ケタの「**申請番号**」を記載してください。

- ・「**電子申請サービス利用 被保険者証の再交付申請**」
- ・「**申請番号**（例：1234-5678-9012-3456789）」

9 完了メールの受け取り

名古屋市より、電子申請サービスで入力したメールアドレスに完了メールを送付します。

10 被保険者証の受け取り

名古屋市より、新しい被保険者証を発行し、送付します。

1.1 代理人による申請について

(1) 代理権の確認は以下のいずれかの方法で行います。

- ①再交付が必要な方（被保険者）ご本人の署名のある委任状の画像データの添付
- ②（委任状に署名がない場合）委任状及び再交付が必要な方（被保険者）ご本人の代理権の確認のための本人確認書類の画像データの添付

(2) 委任状は以下のように作成してください。

別添の様式をご利用いただくか、または白紙の用紙等に必要事項を記載したものを委任状としてお使いいただくこともできます。

《委任状の必要事項》

- 委任者及び受任者の住所・氏名・生年月日
- 委任する事項（介護保険被保険者証の再交付申請及び証の受領）
- 委任した年月日

(3) 再交付が必要な方（被保険者）ご本人の代理権の確認のための本人確認書類の画像データは以下のものを添付してください。

○代理権の確認のための本人確認書類の具体例

| | 1点のみの画像データの添付でよいもの（※1） | 2点の画像データの添付が必要なもの（※2） （以下の中から2点の書類の画像データを添付してください） |
|------------------|---|--|
| 確 認 書 類 | <ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証 ・運転経歴証明書（交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る。） ・旅券 ・身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・療育手帳 ・在留カード ・特別永住者証明書 ・マイナンバーカード（表面） | <ul style="list-style-type: none"> ・公的医療の被保険者証（※3） ・国民年金手帳、基礎年金番号通知書（※4） ・児童扶養手当証書 ・特別児童扶養手当証書 ・介護保険負担割合証 ・介護保険負担限度額認定証 ・介護保険特定負担限度額認定証 ・介護保険利用者負担額減額・免除認定証 ・介護保険利用者負担額減額・免除認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） ・敬老優待カード（敬老手帳） |

※1) ①顔写真、②氏名、③生年月日又は住所が見える画像データを準備してください。

※2) ①氏名、②生年月日又は住所が見える画像データを準備してください。

※3) 被保険者記号・番号が確認できないように、ふせん等でマスキングした画像データを準備してください。

※4) 基礎年金番号が確認できないように、ふせん等でマスキングした画像データを準備してください。

※5) お手元にある再交付が必要な介護保険被保険者証は、本人確認書類として使えません。

委任状

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市 区長

| | | | | |
|----------|------------------------|---|-------|--------------------------------------|
| 代理人(受任者) | 氏名 | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 ※代理人が個人の場合のみ |
| | 事業所名称 ※代理人が事業者の場合のみ | | 電話番号 | () - |
| | 住所 または 事業所所在地 | 都・道・府・県 | 市・町・村 | 区 |
| | 委任者との関係 | 親族・介護支援専門員(ケアマネジャー)・ケースワーカー・担当民生委員・支援者・近隣協力者・友人等・その他() | | |

- 上記の者に
- 介護保険被保険者証・介護保険資格者証・介護保険受給資格証明書の再交付申請及びその証の受領
- 介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証の再交付申請及びその証の受領
-

に係る諸手続等について委任します。

※証の受領にはこの委任状の他、受領者(代理人)の本人確認書類(窓口申請の場合は原本の提示、郵送申請の場合は写しの同封)が必要です。

| | | | | |
|---|----|--|-------|-------------------|
| 被保険者(委任者) | 氏名 | ※ ①被保険者ご本人の署名、または②被保険者ご本人の記名及び被保険者ご本人の本人確認書類が必要です。 | 生年月日 | 大正・昭和・西暦 年 月 日 |
| | 住所 | 都・道・府・県 | 市・町・村 | 区 |
| ②被保険者ご本人の本人確認書類 ※被保険者ご本人の署名がない場合のみ ※郵送申請の場合は写しの同封 | | ●官公署から発行された書類であって写真付きのものは1点または写真がないものは2点必要です 個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・日本国旅券・その他() | | |

※委任状の偽造または偽造した委任状を行使したときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。