

佐渡市民サービスカード 交付・更新 申請書(介護帰省者)

年 月 日

(あて先)

佐 渡 市 長 様 次のとおり申請します。

【1. サービス対象者(介護をする方)】

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新	お名前	
性別	男 ・ 女	「介護を必要とされる方」 とのご関係	記入例: 子、孫
住所	〒		
電話番号	( ) ー		
来島予定月	1 3 5 7 9 11 2 4 6 8 10 12	※1年間に介護で訪れる月を ○で囲んでください。	
来島予定回数	計 回(予定)		

【更新の場合】

前年一年間に来島した回数をご記入ください。予定回数に達しなかった場合はその理由をご記入ください。  
※なお、特別な事情を除き、前年一年間の来島が6回以上ない場合は更新できませんのでご了承ください。

来島回数	計 回	
予定回数に 達しなかった理由		

【2. 介護を必要とされる方】

介護保険 被保険者証番号		お名前	
要介護状態 区分等	要支援 1 2	要介護認定 1 2 3 4 5	
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住所	佐渡市		

※要介護状態区分等は該当する箇所を丸で囲んでください。

【3. カード送付先】※希望する送付先を○で囲んでください。受取の場合は、その他にご記入ください。

【1】の申請者住所	【2】の佐渡市内住所	その他( )
-----------	------------	--------

※本申請書の他に以下の書類を添付して提出してください。

1. 「介護を必要とされる方」の介護保険被保険証のコピー
2. 「介護をされる方」と「介護をする方」との関係(二親等以内)を証明する公的書類(戸籍抄本または戸籍謄本等)
3. 「介護をする方」を証明する身分証明書(運転免許証、健康保険証等)のコピー

受付担当者チェック欄		受付欄
<input type="checkbox"/>	本申込書	
<input type="checkbox"/>	介護保険被保険者証のコピー	
<input type="checkbox"/>	「介護をする方」と「介護を必要とされる方」との関係(二親等以内)を証明する公的書類(戸籍抄本または戸籍謄本等)	
<input type="checkbox"/>	「介護をする方」の現住所を証明する身分証明書(運転免許証、健康保険証等)のコピー	
<input type="checkbox"/>	カード送付先を○で囲んでいるか。	

※受付をされた方は必ず上記書類が提出されているか、チェックしてください。

カード番号	※交通政策課記入欄
-------	-----------