

## 佐渡市民サービスカード 交付・更新申請書(介護帰省者)

令和 〇 年 〇 月 〇 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 checked="" type="checkbox"/> 更新 | お名前                  | 佐 渡 太 郎                     |
| 性別     | <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女                               | 「介護を必要とされる方」<br>との関係 | 子 記入例:<br>子、孫               |
| 住所     | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇都道府県〇〇市町村〇〇                                              |                      |                             |
| 電話番号   | ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ※連絡が取れる番号をご記入ください。                               |                      |                             |
| 来島予定月  | 1 3 5 7 9 11<br>2 4 6 8 10 12                                        |                      | ※1年間に介護で訪れる月を<br>○で囲んでください。 |
| 来島予定回数 | 計 9 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 9 回 |
| 予定回数に<br>達しなかった理由 |       |

## 【2. 介護を必要とされる方】

|                 |                                        |      |             |
|-----------------|----------------------------------------|------|-------------|
| 介護保険<br>被保険者証番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇                               | お名前  | 佐 渡 花 子     |
| 要介護状態<br>区分等    | 要支援 1 2 要介護認定 1 2 3 4 5                |      |             |
| 性別              | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | 昭和 〇年 〇月 〇日 |
| 住所              | 佐渡市〇〇△△番地                              |      |             |

※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。

|                                            |                                  |        |
|--------------------------------------------|----------------------------------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> 【1】の申請者住所 | <input type="radio"/> 【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

※更新の場合、戸籍謄本等は不要です。

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 |
|---------------------------------------------------------|--|-----|
| 本申込書                                                    |  |     |
| 介護保険被保険者証のコピー                                           |  |     |
| 「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) |  |     |
| 「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                |  |     |
| 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 |
|-------|-----------|