

寒川町介護保険法施行細則新旧対照表

現行	改正案
<p>～略～</p> <p>(被保険者証、負担割合証等の再交付)</p> <p>第4条の2 省令第27条第1項及び第28条の2第4項</p> <hr/> <p>に規定する申請書は、介護保険被保険者証等再交付申請書(第4号様式)とする。</p> <p>～略～</p> <p>第4号様式(第4条の2関係)</p> <p>[別添のとおり]</p> <p>～略～</p>	<p>～略～</p> <p>(被保険者証、負担割合証等の再交付)</p> <p>第4条の2 省令第27条第1項、<u>第28条の2第4項及び第83条の6第7項(第172条の2において準用する場合を含む。)</u>に規定する申請書は、介護保険被保険者証等再交付申請書(第4号様式)とする。</p> <p>～略～</p> <p>第4号様式(第4条の2関係)</p> <p>[別添のとおり]</p> <p>～略～</p> <p>附 則</p> <p><u>この規則は、公布の日から施行する。</u></p>

(現行)

第4号様式(第4条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年月日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	生年月日	年月日
	フリガナ			
	被保険者氏名		性別	男・女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

*2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

(改正案)

第4号様式(第4条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年月日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	生年月日	年月日
	フリガナ			
	被保険者氏名		性別	男・女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

*2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------