**介護保険被保険者証等の受け渡しについて**

永 平 寺 町 長 様

私は、介護保険被保険者証等を下記の通り受け渡しを希望します。

 担当ケアマネジャーの受け渡し(福祉保健課窓口にて)を

希望します。

* 介護保険被保険者証
* 介護保険負担割合証
* 負担限度額認定証

　　 <事業所名>

　　　 <担当者名>

申請日： 令和　　 年　　 月　 　日

申請者住所：

申請者名：　　　　　　　　　 　㊞