

# 介護保険負担限度額認定証等 再交付申請書

曾 於 市 長 殿  
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係
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				
	フリガナ				
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月 日
		性別	男	・	女
住所	〒  電話番号				

再交付する 証 明 書	1 介護保険負担限度額認定証 2 介護保険特定負担限度額認定証 3 介護保険利用者負担額減額・免除認定証
再交付年月日	年 月 日
申請の理由	1 紛失・焼失      2 破損・汚損      3 その他 (                      )
申請者の 身元確認	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 (                      )

※ 申請者の身元確認ができる資料の写しを添付のこと。