

介護保険各種減額認定証等再交付申請書

安芸高田市長 様

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	<ol style="list-style-type: none"> 1 負担限度額認定証 2 利用者負担額減額・免除等認定証 3 特定負担限度額認定証 4 訪問介護利用者負担額減額認定証 5 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 6 離島等地域訪問介護利用者負担減額確認証 7 利用者負担額減額・免除認定証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()