

介護保険利用者負担額減額認定証等 再交付申請書

八王子市長 殿

次のとおり申請します。

申請者	申請年月日	年 月 日
	申請者氏名	
	申請者住所	
	申請者電話番号	()
	被保険者との関係	本人 ・ 世帯員 ・ その他()

被保険者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日											

再交付する証	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(旧措置入所者) 3. 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 4. 介護保険利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)					
申請理由	1	紛失・焼失	2	破損・汚損	3	その他()

以下は記入不要(事務処理欄)

申請者 ☐ 本人 ☐ 世帯員 ☐ 代理人	本人確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 医療保険証 ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ その他()	代理権確認 ☐ 委任状 ☐ 介護保険証 ☐ その他 ()	個人番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他() ☐ なし
交付 ☐ 手渡し ☐ 郵送依頼	備考欄:		