

生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証等 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										
	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 生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証		
	2 訪問介護利用者負担額減額認定証		
申請理由	1 紛失	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 交付 ☐ 手渡し ☐ 郵送依頼	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 ()
備考欄: 【高齢者福祉課・介護保険課】		