

介護保険負担限度額認定証再交付申請書

高岡市長 あて

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	年 月 日					
	住 所	〒 電話番号																		
申請の事由																				

備考

- 1 介護保険負担限度額認定証を破損し、又は汚損した場合は、当該認定証を添えてください。
- 2 介護保険負担限度額認定証を紛失した場合で、当該介護保険負担限度額認定証を発見したときは直ちに返還してください。