

# 記入例

様式第21号（第17条関係）

## 介護保険負担限度額認定証再交付申請書

高岡市長 へ

次のとおり申請します

		申請年月日	○年 △月 ×日	
申請者氏名	高岡 花子	本人との関係	妻	申請者は被保険者本人及び家族の方も可
申請者住所	〒 933-××× 高岡市広小路7番50号 電話番号 20-××××			住民票のある住所を記入してください

※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	○○○○○○○○○○○○	介護保険被保険者証(10桁)の番号を記入してください	
	個人番号	○○○○○○○○○○○○		
	フリガナ	タカオカ タロウ		
	被保険者氏名	高岡 太郎	生年月日	○年△月×日
住 所	〒 933-××× 高岡市広小路7番50号 電話番号 20-××××			住民票のある住所を記入してください
申請の事由	紛失したため			申請の事由を記入してください

### 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。