

# 記入例

様式第5号

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証再交付申請書

高岡市長あて

次のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の再交付を申請します。

		申請年月日	令和 ○ 年 △ 月 □ 日
申請者氏名	高岡 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒 933-8601 高岡市広小路7番50号 電話番号 20-0000		

※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

申請者は被保険者本人及び家族の方も可

住民票のある住所を記入してください

被 保 険 者	被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
	フリガナ	タカオカ タロウ		
	氏名	高岡 太郎	生年月日	昭和 ○ 年 △ 月 □ 日
	住所	〒 933-8601 高岡市広小路7番50号 電話番号 20-0000		

介護保険被保険者証(10桁)の番号を記入してください

被保険者本人の氏名・生年月日を記入してください

住民票のある住所を記入してください

申請の理由	1 紛失・消失    2 破損・汚損    3 その他 (    )
-------	------------------------------------

該当事項に○をつけてください

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--