

第 30 号の 2 様式

介護保険負担限度額認定証等再交付申請書

台東区長 殿

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
																性 別	男 ・ 女
住 所	〒														電話番号		

再 交 付 す る 証 明 書	1 負担限度額認定証 2 特定負担限度額認定証 3 利用者負担額減額・免除等認定証
申 請 の 理 由	1 紛失 2 破損・汚損 3 未着 4 その他()

(注意)

- 1 認定証を破損又は汚損した場合は、当該認定証を添えてください。
- 2 認定証を紛失した場合で、当該認定証を発見した時は直ちに返還してください。