介護保険負担限度額認定証・特定負担限度額認定証等再交付申請書

年　　月　　日

　（あて先）東金市長

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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は、申請者の住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する認定証 | 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・免除等認定書 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　） |