介護保険負担限度額認定証等再交付申請書

（あて先）港　区　長
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です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所			

再交付する証明書 （いずれかに○をつけてください。）	１．介護保険負担限度額認定証 ２．介護保険特定負担限度額認定証（旧措置対象者） ３．介護保険負担額減額・免除等認定証（旧措置対象者）
申請の理由 （いずれかに○をつけてください。）	１．紛失・盗難　　２．破損・汚損　　３．未　着 ４．その他（　　）

港区使用欄　　受取方法（窓口・郵送）　　破損・汚損の証（回収・未回収）