

介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証等再交付申請書

文京区長 殿

次のとおり介護保険負担割合証・減額認定証の再交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者証の番号		申請年月日	
	フリガナ		生年月日	
	氏名		個人番号	
	住所	〒 文京区 丁目 番 号 方 電話番号 ()		

申請の理由 (○をつけてください。)	1 紛失等 2 汚損等 3 その他()
-----------------------	--

再交付を申請する証の種類

証の種類 (○をつけてください。)	1 負担割合証 2 負担限度額認定証 3 生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証 4 (・特定負担限度額認定証 ・利用者負担額減額認定証 ・訪問介護等利用者負担額減額認定証)
----------------------	---

代理人(被保険者が記入された場合、以下は不要です)

氏名		被保険者との関係	
住所			
電話	()		

事務処理欄

受付	窓口 ・ 郵送	
窓口受付時の 代理人の確認方法	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 外国人登録証 4. 介護保険証 5. 健康保険証 6. マイナンバーカード 7. その他()	
発行	年 月 日	窓口 ・ 郵送