

介護保険利用者負担額減額認定証等 再交付申請書

八王子市長 殿

次のとおり申請します。

申請者	申請年月日	年 月 日
	申請者氏名	
	申請者住所	
	申請者電話番号	()
	被保険者との関係	本人・世帯員・その他 ()

被保険者	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	性 別	男 ・ 女

再交付する証	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（旧措置入所者） 3. 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 4. 介護保険利用者負担額減額・免除認定証（旧措置入所者）		
申請理由	1 紛失・焼失	2 破損・汚損	3 その他 ()

----- 以下は記入不要（事務処理欄） -----

申請者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
交付 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送依頼	備考欄： 【 福祉課 ・ 介護課 】		