生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証等　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										
	フリガナ										
	氏　名										
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日									

再交付する証	1　生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証 2　訪問介護利用者負担額減額認定証		
申請理由	1　紛失	2　破損･汚損	3　その他　（　　）

以下は記入不要（事務処理欄）

申請者 ☐ 本人 ☐ 世帯員 ☐ 代理人	身元確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 医療保険証 ☐ 介護保険証 ☐ その他（　　）	代理権確認 ☐ 委任状 ☐ 介護保険証 ☐ その他 （　　）
交付 ☐ 手渡し ☐ 郵送依頼	備考欄：　　【高齢者福祉課･介護保険課】	