

第 30 号の 2 様式

介護保険負担限度額認定証等再交付申請書

台東区長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	台東 花子		本人との関係
			妻
申請者住所	〒110-8760 台東区 東上野 4 - 5 - 6		
	電話番号 03-5246-1249		

* 申請者が被保険者本人の場合、

被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ	タイウ		タロウ								
	被保険者氏名	台東 太郎				生						
				性	別	男		女				
住	所	〒110-8760 台東区 東上野 4 - 5 - 6										
	電話番号 03-5246-1249											

介護保険被保険者証にある10桁の数字を記入してください

通知カードでお知らせのあった個人番号(マイナンバー) 12桁の数字を記入してください

再 交 付 す る 証 明 書	<input checked="" type="radio"/> 1 負担限度額認定証 <input type="radio"/> 2 特定負担限度額認定証 <input type="radio"/> 3 利用者負担額減額・免除等認定証
	申請の理由 <input checked="" type="radio"/> 1 紛失 <input type="radio"/> 2 破損・汚損 <input type="radio"/> 3 未着 <input type="radio"/> 4 その他()

該当するものに を付けてください。

(注意)

- 1 認定証を破損又は汚損した場合は、当該認定証を添えてください。
- 2 認定証を紛失した場合で、当該認定証を発見した時は直ちに返還してください。