

介護保険負担限度額認定証等再交付申請書

青梅市長 殿

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	年	月	日
	個人番号																	
	フリガナ	-----												生年月日				
	氏名	Ⓜ												性別				
住所	〒												電話番号					

※ 被保険者証交付申請の場合、被保険者番号は記載不要

窓 口 に 来 た 人	フリガナ	-----					被 保 険 者 と の 関 係	
	氏名	Ⓜ						
	住所	〒					連絡先電話番号 (自宅・勤務先)	

※ 被保険者本人が提出する場合、記載不要

※ 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名 (医療保険者番号)											医療保険被保険者証 記号番号						
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--

※ 該当の番号を○で囲む。

再 交 付 す る 減 額 認 定 証 等	1 負担限度額認定証 2 特定負担限度額認定証（特別養護老人ホーム要介護旧措置者に関する認定証） 3 利用者負担額減額・免除認定証 4 利用者負担額減額・免除等認定証（特別養護老人ホーム要介護旧措置者に関する認定証）
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）