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 | | | 印 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 印 | | | | | | | |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |