介護保険関連証再交付申請書

宍粟市長　　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成　　年　　月　　日
申請者氏名	㊞	本人との関係	
申請者住所	〒　　－ 電話　　（　　）		

※　申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日
			性別	男・女
	住所	〒　　－ 電話　　（　　）		

再交付する証明書	1　介護保険被保険者証 2　介護保険負担限度額認定証 3　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 4　介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 5　介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 6　訪問介護利用者負担額減額認定証 (法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置)
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

市確認欄