

介護保険負担限度額認定証等
 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
 訪問介護利用者負担額減額認定証
 介護保険負担割合証

再交付申請書

高島市長

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	〒 ー 電話番号 () ー		

※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

受給者	介護保険被保険者番号										
	フリガナ										
	受給者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性別	男・女								
住所	〒 ー 滋賀県高島市 電話番号 () ー										

再交付する証明書	1 介護保険負担限度額認定証 2 介護保険特定負担限度額認定証 (旧措置者) 3 介護保険利用者負担減額・免除等認定証 (旧措置者) 4 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 5 訪問介護利用者負担額減額認定証 6 介護保険負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()