

課長	副課長	係長	係

介護保険に係る減額認定証等再交付申請書

伊万里市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏 名							性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒 電話番号									

再交付する減額 認定証等	1 介護保険負担割合証
	2 介護保険負担限度額認定証
	3 介護保険標準負担額減額認定証
	4 介護保険利用者負担額減額・免除認定証
	5 介護保険特定標準負担額減額認定証（旧措置入所者用）
	6 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者用）
	7 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
	8 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・医療保険証・介護支援専門員証等
その他（ ）

番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム