

様式第3号(第4条関係)

介護保険再交付申請書									
塩竈市長 殿 次のとおり申請します。									
【窓口に来た方・申請する方】						申請年月日		年 月 日	
氏 名				本人との関係		本人・家族・居宅介護支援事業者 その他()			
住 所		〒							
		電話番号 ()							
※本人・親族・契約した居宅介護支援事業者以外の方が申請する場合は、委任状または 後見人等であることを証明する書類が必要です。									
【再発行を希望する方】									
被保険者番号									
フリガナ									
氏 名						生年月日		明・大・昭 年 月 日	
						性 別		男 ・ 女	
住 所		〒							
		電話番号 ()							
再交付する 証 明 書		1 被保険者証 5 特定負担限度額認定証(旧措置者) 2 資格者証 6 利用者負担額減額・免除認定証 3 受給資格証明書 7 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置者) 4 限度額認定証							
申 請 の 理 由		1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()							
要介護認定の 状 況		認定なし 認定あり 結果待ち							

※電算処理者	
※発送者	

受 理	
--------	--