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　　8　負担割合証 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 |  |  | 受理 |  |
| ※発送者 |  |