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 |  |