

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
申請の理由	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
	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	
-----	--