

介護保険負担割合証等 再交付申請書

(あて先) 宝塚市長

次のとおり、申請します。

申請者	申請日	令和 年 月 日									
	氏名								続柄		
	住所	〒 ー									
	電話番号										

被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名		被保険者番号										
			個人番号										
	住所	〒 ー											
		電話番号											
		※申請者と同住所の場合記入不要です。下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 申請者と同住所である。											

証再交付する	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証		申請理由	1 紛失 2 破損 3 その他 ()		

事務処理欄	受理日		受付状況	1 窓口	受付	決裁欄		
				2 郵送		課長	係長	係
				3 その他 ()		交付します。		
			確認	1 マイナンバーカード 2 運転免許証 (運転経歴証明書) 3 介護保険証・健康保険証			4 その他 ()	