

# 介護保険負担割合証 再交付申請書

(あて先) 宝塚市長  
次のとおり、申請します。

※申請者が被保険者本人の場合、  
申請者住所・電話番号は記入不要  
です。

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	性別	男・女												
		被保険者番号													
		個人番号													
	住所	〒 ー													
	電話番号														

書 類	再 交 付 す る	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	申 請 理 由	1 紛失 2 破損 3 その他( )
		<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		

事 務 処 理 欄	受 理 日		受 付 状 況	1 窓口	受 付 入 力	決裁欄				
				2 郵送		課長	副課長	係長	係	
				3 その他 ( )						
			認 定	1 有 2 無	点 検	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 介護保険者証・健康保険証		4 その他 ( )				