

介護保険負担限度額認定証再交付申請書

フリガナ			保険者番号	1 3 1 1 8 5
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0 0
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別	男 ・ 女
介護保険施設	所在地	〒		
	名称	電話番号 ()		
入所年月日	年 月 日			
再交付申請の事由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他 ()			
<p>荒川区長 殿</p> <p>上記のとおり、介護保険負担限度額認定証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ 本人との関係 _____</p> <p>申請者住所 _____</p> <p>電話番号 () _____</p>				

認定証 受領印

発行者	受 理 印

< 区担当者記入欄 > 施設 老健 療養 ショートステイ他 ()

交付年月日	既 認 定 期 間	負担段階
年 月 日	年 月 1日 ~ 年 7月31日	