

介護保険負担限度額認定証再交付申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	1 3 1 1 8 5	
			被保険者番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
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 ()				
荒川区長殿 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。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 本人との関係 _____ 申請者住所 _____ 電話番号 () _____					

<職員記入欄>

<介護保険課 記入欄>

本人確認欄	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証	受付		入力		被保険者証	受領
	☐ パスポート	☐ 障害者手帳						(/) 郵送
	☐ 在留カード又は特別永住者証明書							
	☐ その他 ()							
申請者	被保険者の番号確認		代理権の確認			担当者		
☐ 本人 (被保険者) ☐ 代理人 ☐ 代行 ☐ 郵送	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ 住基 (端末確認)		☐ 同一世帯の親族 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 委任状 ☐ その他 ()				確認日	
							年 月 日	
							番号確認の同意	
						有 ・ 無		