

介護保険

- ☐負担限度額認定証
☐社会福祉法人等利用者負担軽減額確認証
☐負担割合証

再交付申請書

被保険者番号												
住 所												
(電話番号)												
フリガナ												
被保険者氏名												
生年月日	明治・大正・昭和			年		月		日				
申請理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()											

栗山町長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 1 本人 2 代理人(本人との関係:)

住 所

氏 名

電話番号

*申請者が本人又は家族以外の場合は、被保険者本人が次のことに同意する署名が必要です。

申請者が再交付申請及び証の受取りをすることに同意します。

被保険者名

代筆者氏名

(被保険者との関係)

※代筆をされる場合は必ずご家族が代筆して下さい。

※成年後見人の方が申請・代筆される場合は、登記事項証明書の写しを添付して下さい。