

# 介護保険負担割合証 介護保険負担限度額認定証等 再交付申請書

河内長野市長 様

次のとおり { 負担割合証  
負担限度額認定証  
その他の認定証  
( ) } の再交付を申請します。

年 月 日

|       |                   |                |                        |
|-------|-------------------|----------------|------------------------|
| 申請者氏名 |                   | 被保険者から<br>みた関係 | 本人 ・ 家族<br>ケアマネ ・ 施設職員 |
| 申請者住所 | 〒<br><br>電話番号 ( ) |                |                        |

|                            |                                |                                       |       |    |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>氏<br>名 | 番号                             |                                       | 生年月日  | 性別 |
|                            | フリガナ                           |                                       | 年 月 日 |    |
|                            | 氏名                             |                                       |       |    |
|                            | 住所                             | 被保険者が申請者の場合は記載不要<br>〒<br><br>電話番号 ( ) |       |    |
| 申請理由                       | 1.紛失・焼失 2.破損・汚損 3.未着 4.その他 ( ) |                                       |       |    |

申請理由 2. 破損・汚損した認定証が手元にある場合、必ず返却してください。

## 市（保険者）記入欄

### 交付情報

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| 交付日           | 年 月 日              |
| 再交付日<br>窓口・郵送 | 年 月 日              |
| 適用年月日         | 年 月 日から            |
| 有効期限          | 年 月 日まで            |
| 受付方法          | 窓口 ・ 郵送<br>その他 ( ) |

### 本人確認書類チェック欄

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 申請者分                             | 免許証<br>健康保険証<br>介護保険被保険者証<br>その他官公庁から発行した書類<br>( )        |
| ケアマネージャー                         | 職員証<br>届け出入力あり  |
| 施設職員                             | 職員証<br>契約書の原本   |
| 被保険者分<br><br>書類が無い場合は<br>郵送により交付 | 免許証<br>健康保険証<br>介護保険被保険者証<br>委任状<br>その他官公庁から発行した書類<br>( ) |

2項目とも確認      被保険者分確認不要

どちらか1項目のみ確認      **被保険者分確認が必要**