

# 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 みた関係	本人 ・ 家族 ケアマネ ・ 施設職員
申請者住所	〒 -  電話番号 ( )		

被 保 険 者 氏 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 〒  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 ( )			
備考				

※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 〈 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 その他 ( )

### 本人確認書類チェック欄

申請者分	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他官公庁から発行した書類 ( )
<input type="checkbox"/> ①ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 届け出入力あり ※
<input type="checkbox"/> ②施設職員	<input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 契約書の原本 ※
被保険者分 →書類が無い場合は 郵送により交付	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他官公庁から発行した書類 ( )

※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**