介護保険　負担限度額認定証　再交付申請書

(提出先)
足立区長
　次のとおり申請します。

年　　月　　日

被保険者	番号											生年月日	性別
	フリガナ											明・大・昭 年　月　日	男・女
	氏名												
	住所	〒　　―											
申請理由		1．紛失・焼失　2．破損・汚損　3．未着　4．その他(　　)											

※2．破損・汚損した認定証が手元にある場合は必ず返却してください。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	※申請者が被保険者の場合は記載不要 〒　　― 電話番号　　(　　)		

区記入欄

限度額認定申請日	年　月　日	(収受印)
交付日	年　月　日	
負担段階	段階	
再交付日	年　月　日	
再交付方法	手渡し・郵送・他（　　）	
郵送先	本人住所・申請者住所・その他（　　）	