

決裁	事務局長	次長	保険係長	係
月 日				

電算入力	発行年月日
	年 月 日

介護保険 利用者負担減額・免除認定証等再交付申請書

紀南介護保険広域連合長様

次のとおり申請します。

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 * 被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要 電話番号		

被保険者	被保険者番号			個人番号							
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	被保険者氏名				性別	男	・	女			
	住所	〒			電話番号						

再交付する 証明書	1 負担限度 額認定証	2 利用者負 担額減額・免 除等認定証	3 特定負担 限度額認定証	4 訪問介護 利用者負担額 減額認定証	5 社会福祉法 人等利用者負 担軽減確認証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()				

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

受領委任状

私にかかる介護保険利用者負担額減額・免除等認定証等について諸般の事情により私自身が
受け取ることが困難であるため、上記の申請者に受領委任いたします。

令和 年 月 日

委任者氏名

印

申請者が被保険者本人もしくは家族以外の場合は受領委任状欄に記名・押印が必要です