介護保険負担限度額認定証再交付申請書
介護保険特定負担限度額認定証再交付申請書
介護保険負担限度額認定決定通知書再交付申請書

フリガナ		保険者番号	２８２０３８
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住　　所	電話番号（　　－　　－　　）		
申請理由	□ 破損　□ 紛失　□ その他　（　　） □に✔を記入し、その他に✔を記入した場合にはその理由を記載してください。		

明　石　市　長　様

上記の理由により、　□介護保険負担限度額認定証
□介護保険特定負担限度額認定証　の再交付を申請します。
□介護保険負担限度額認定決定通知書

なお、紛失していた認定証・決定通知書が見つかった場合は、速やかに返却します。

年　　月　　日

申請者（被保険者）　住 所

氏 名

＜個人番号について＞
個人番号は、番号法（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律）の成立によって、平成２８年１月から利用に係る部分が施行されたものですが、本申請書においては個人番号の記載が無いことで不利益を受けることはありません。認知症その他の理由で個人番号が記入できない、あるいは個人番号の記入を希望しない場合は、下記の□欄にチェックを入れて、個人番号欄は空白としても構いません。

被保険者個人番号											

□ 被保険者が認知症その他の理由で個人番号が記入できない
□ 被保険者が個人番号の記入を希望しない

市記入欄	認定内容	結　果	□該当　□非該当		旧措置区分	□ なし　□ あり	利用者負担段階　　段階
		決定日	年　　月　　日		承認期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
		食　費	円	居住費又は滞在費	ユニット型個室 ユニット型個室的多床室 従来型個室（特養等） 従来型個室（老健・療養等） 多床室	円 円 円 円 円	

身元確認書類

□ 個人番号カード　□ 介護支援専門員証
□ 運転免許証　□ 負担割合証　□ 医療保険証
□ 被保険者証　□ その他（　　）

決裁	課 長	係 長	係

伺）上記のとおり再交付してよろしいか