

様式第4号（第7条関係）

介護保険減額認定証等再交付申請書

（あて先）和歌山市長

年 月 日

次のとおり、再交付の申請をします。

申請者（申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。）

フリガナ		被保険者 との続柄	1 世帯主
申請者氏名			2 その他 ()
申請者住所	〒 電話 () —		

被保険者		被保険者 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							
被保険者 住 所	〒 電話 () —										
再交付の申請 するものに○ 印をつけてく ださい。	1 訪問介護利用者負担額減額認定証 2 介護保険特定負担限度額認定証 3 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者用） 4 介護保険負担限度額認定証 5 介護保険利用者負担額減額・免除認定証（法定減免） 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証										
申請理由	紛失 ・ 破損 ・ その他 ()										

※ 保険者記入欄

備考	認定証交付			窓 口 ・ 郵 送		
	課 長	副課長	班 長	担 当 者	受付印	