介護保険負担限度額認定証（決定通知書）再交付申請書

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

次のとおり、介護負担限度額認定証（決定通知書）の再交付を申請します。

年　　月　　日

被保険者（必要な方）	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	フリガナ			
	氏　名		電話番号	
	住　所	〒		
	資産要件について	預貯金等の金額は範囲内ですか。　□　はい　□　いいえ		
申請者	氏　名		被保険者との関係	
	住　所		電話番号	
申請の理由		1　紛失・焼失　2　汚損・破損　3　その他（　　）		

※　再交付に当たり、被保険者本人、配偶者及び世帯員の所得・課税状況について確認を行いますので、本人以外が申請する場合は、必ず本人の同意を得てから申請してください。

広域処理欄	交付方法	□　手渡し　□　郵送	受　付　印
	交 付 先	□　本人・家族　□　事業所（ケアマネジャー） □　施設職員	
	交 付 者 確認書類	□　免許証　□　保険証（　　） □　その他（　　）	
	認定情報	支 1・2 介 1・2・3・4・5　所得段階：第　段階 認定日　/　認定時所得段階：第　段階	
	備考 月　日　再交付済み		