介護保険負担限度額認定証等（減免関係）再交付申請書

福岡県介護保険広域連合長 様

平成　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請者氏名	印	本人との関係	
提出代行者 名　　称	該当に○（居宅支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）		
申請者住所	〒 電話番号（　　）　－		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	個 人 番 号			
	フリガナ		性　　別	男　　・　　女
	氏　　名	印		
	住　　所	〒 電話番号（　　）　－		

再交付する証明書	1．介護保険負担限度額認定証 2．介護保険特定負担限度額認定証 （特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） 3．介護保険利用者負担額減額・免除認定証 （特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） 4．社会福祉法人利用者負担軽減確認証 5．訪問介護利用者負担額減額認定証 6．介護保険利用者負担額減額・免除認定証 7．その他（　　）

処　　理　　欄（保険者記入）	
再交付年月日	平成　　年　　月　　日
発 行 区 分	□ 即日　□ 郵送　□ その他（　　）
旧認定証回収	□ 回収　　□ 未回収　　□ 回収不能
備　　考	

収　　受