

## 富山市介護保険負担割合証再交付申請書

(宛先) 富山市長

次のとおり申請します。

|       |               |          |       |
|-------|---------------|----------|-------|
|       |               | 申請年月日    | 年 月 日 |
| 申請者氏名 |               | 被保険者との関係 |       |
| 申請者住所 | 〒<br><br>電話番号 |          |       |

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

|                  |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者証の番号 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ     |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名      |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所      | 〒<br><br>電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                                                         |
|-----------|---------------------------------------------------------|
| 申 請 の 理 由 | 1 紛失・焼失      2 破損・汚損      3 その他（                      ） |
|-----------|---------------------------------------------------------|

備考

- 1 介護保険負担割合証を破損し、又は汚損した場合は、当該負担割合証を添えてください。
- 2 介護保険負担割合証を紛失した場合で、当該介護保険負担割合証を発見したときは直ちに返還してください。