

## 介護保険負担限度額認定証再交付申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒  電話番号		
介護保険施設の 所在地及び名称	〒  電話番号		
入所（院）年月日	年 月 日		
負担限度額認定証 再交付申請事由	1 紛失のため 2 記載内容変更のため（住所変更） 3 その他（ ）		
<p style="text-align: center;">浜田地区広域行政組合管理者 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定証の再交付申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 印 電話番号</p>			