|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 交　付 | 審　査 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　被保険者証

伊東市介護保険　　負担限度額認定証　　　再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　負担割合証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ２ | ２ | ２ | ０ | ８ | ３ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住　所 | 伊東市℡　　　　－　　　　　 |
| 再　交　付の　理　由 | １　紛失（場所等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　破損３　その他（　焼失　・　ゴミと一緒に廃棄　・　　　　　　　　　　） |
| 　上記のとおり申請します。　伊 東 市 長　様　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　申　請　者　　住　所　　伊東市　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄　　　　　　　　　　　　　℡　　　　－ |

※被保険者証等を破り、又は汚した場合の申請については、その被保険者証等を添えること。

被保険者証等の再発行を受けた後、失った被保険者証等を発見したときは、ただちに市役所高齢者福祉課へ返還すること。