

決	課 長	課長補佐	係 長	
赤枠内へのご記入・押印をお願いします。			再交付を希望する証書を丸で囲んでください。	

伊東市介護保険 被保険者証 負担限度額認定証 負担割合証 再交付申請書

フリガナ	イトウ イチロウ	保険者番号	2	2	2	0	8	3
被保険者氏名	伊東 市郎	被保険者番号	9	9	9	9	9	9
		個人番号	9	9	9	9	9	9
生年月日	明・大 昭 22年 8月10日							
住 所	伊東市 大原二丁目1番1号 伊東アパート110号 Tel 36-0111							
再交付の理由	1 紛失（場所等 自宅内） 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 大原二丁目1番1号 伊東アパート110号 氏 名 伊東 太郎 続 柄 長男 Tel 36-0111								

申請者（親族等）の住所・氏名等のご記入をお願いします。

※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。