

再交付

介護保険 負担限度額認定証 再交付申請書

特定負担限度額認定/利用者負担額減額・免除等(旧措置入所者)

被保険者	1 一般	2 旧措置入所者	保険者	練馬区 131201				
	フリガナ		被保険者番号					
	氏名		個人番号					
			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
住所	練馬区	丁目	番	号				
入所(院)施設(※1)	施設名称							
	施設住所	丁目	番	号				
	入所(院)年月日	平成	令和	年	月	日	電話番号	-
再交付申請事由								
令和 年 月 日								
申請者(被保険者本人)								
住所		丁目	番	号				
氏名		電話番号	-	-				
連絡先								
氏名		被保険者との関係	()	電話	-	-		
練馬区長 殿								

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合(短期入所)は、記入は不要です。

【本人確認欄】

本人確認	済・未	端末確認

<業務欄>

介護保険課受付印	申請	発行	備考
	郵送・窓口	郵送・窓口	