

介護保険負担割合証再交付申請書

大分市長 殿

申請年月日

令和

年

月

日

対象年度：

次のとおり介護保険負担割合証の再交付を申請します。

個人番号

番 号

0

0

0

0

生年月日

明・大・昭

年

月

日

被
保
険
者

フリガナ

氏 名

住 所

〒

電話番号 ()

—

申請の理由

1. 紛失

2. 破損・汚損

3. その他 ()

※被保険者本人が申請する場合は、下欄の記入は不要です。

申
請
者

フリガナ

氏 名

住 所

〒

本人との関係

電話番号 ()

—

【留意事項】

※ 破損・汚損による申請の場合は、その負担割合証を添付してください。

※ 申請した日の翌週の水曜日に発送となります。(祝日等により発送日が変わる場合があります。)

※ 負担割合証は、被保険者が登録している送付先に郵送します。

※ 再発行した後に、紛失した負担割合証を発見した場合は、発見した負担割合証を直ちに市役所に返還してください。

【問い合わせ先】

〒870-8504 大分市荷揚町2番31号

大分市長寿福祉課 介護給付担当班

電話：097-537-5742

FAX：097-534-6706

受付	入力	送付