

介護保険負担限度額認定決定通知書再交付申請書

大分市長 殿

年 月 日

介護保険負担限度額認定決定通知書の再交付を申請します。

被保険者	個人番号		
	被保険者番号	0 0 0 0	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	住 所	〒	
再交付申請理由	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、下記の欄は記入は不要です。

申請者	フリガナ		被保険者との続柄
	氏 名		
	住 所	〒	
連絡先			- -

- ・決定通知書を破ったり、又は汚した場合には、その決定通知書を添付してください。
- ・決定通知書の再交付を受けた後、紛失した決定通知書を発見したときは、直ちに大分市に返還してください。
- ・申請から発送までに数日間を要します。
- ・決定通知書は被保険者が登録している送付先に郵送します。

【問い合わせ先】

大分市 長寿福祉課 介護給付担当班
 電話 097-534-6111
 内線 2201~2203
 FAX 097-534-6706