

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		連絡先 - -																	
		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			
	氏 名		被保険者との続柄	
	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