様式第２号（第 10 関係）

長野市介護保険社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証再交付申込書

<table>
<tr><td rowspan="2">（フリガナ）
被保険者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>確　認　番　号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="3">明・大・昭　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">連絡先（電話）</td></tr>
<tr><td>再交付を必要とする理由</td><td colspan="3">１　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">年　　月　　日
長野市長　　宛

上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の再交付を申し込みます。

住　所
申　込　者　　氏　名
（被保険者）　連絡先（電話）</td></tr>
</table>

添付書類　申込みの理由が破損又は汚損である場合は、その確認証