

様式第3号（第9関係）

長野市介護保険  
特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額対象確認証再交付申請書

フリガナ 被保険者氏名	確認番号	
	被保険者番号	
生年月日	年 月 日	
住所	〒 ー	
再交付申請 の理由	連絡先（電話）	
	1 紛失                      2 破損                      3 汚損	
年 月 日		
（宛先）長野市長 上記のとおり特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額対象確認証の再交付を申請します。		
住 所 申請者 氏 名 （被保険者） 連絡先（電話）		

※ この申請書の提出に当たっては、被保険者証の提示又は被保険者証の写しの添付及び確認証を破損し、又は汚損した場合には、その確認証を添付してください。

長野市記入欄

交付年月日	年 月 日
適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで

受付日