

様式第2号（第8関係）

長野市介護保険訪問介護等利用者負担額減額認定証再交付申込書

介護保険被保険者氏名		介護保険被保険者番号					
フリガナ							
		生年月日				性別	
		明・大・昭 年 月 日				男・女	
住所	〒 連絡先（電話）						
再交付を必要とする理由	1 紛失・焼失したため 2 破損・汚損したため 3 その他（理由）						
長野市長 様 上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額認定証の再交付を申し込みます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 申込者（被保険者） 氏名 住所 <p style="text-align: right;">連絡先（電話）</p>							

添付書類 申込みの理由が破損又は汚損であるときは、その認定証

長野市処理欄

端末確認	派遣実績確認	申請入力	認定入力	適用年月日	有効期限	交付年月日	受付

上記の申込みについて承諾してよろしいか伺います。

主務	担当	係長	課長補佐	課長	部長

公費受給者番号						
起案			決裁			