様式第５号（第２条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td colspan="2">個人番号</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td>被保険者
氏名</td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒　－</td></tr>
<tr><td>申請の理由</td><td colspan="3">１ 紛失した　２ 破れた　３ 汚れた　４ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>再交付を申請する証明書の種類</td><td colspan="3">１　被保険者証　　５　負担限度額認定証
２　資格者証　　６　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
３　受給資格証明書　　７　その他（　　）
４　負担割合証</td></tr>
</table>

（宛　先）春日市長

上記のとおり再交付を申請します。
紛失により春日市に損害を与えた場合は、被保険者本人が責任を負います。

年　　月　　日

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿

電話番号（　　）　　－＿＿＿＿＿＿