様式第４号（第９条関係）
様式第４号（第８条関係）

社会福祉法人等利用者負担額減免
確認証再交付申請書
介護保険利用者負担額助成

フリガナ 被保険者氏名		認定証番号	
		被保険者番号	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女
住　所	〒　　－	電話番号　　－	

再交付申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

諏訪広域連合
広域連合長　　様

上記のとおり利用者負担額減免・助成確認証の再交付の申請をします。

年　　月　　日

申請者　住所
氏名　　電話番号

保険者記入欄

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

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること