様式第４号

|  |
| --- |
| 　沖縄県介護保険広域連合長　　様　　 　次のとおり申請します。 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 　　 　 年 　 月 　 日 |  |
|  | 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |  |
|  | 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 ( ) |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※　申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 |
|  | 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |
|  | フリガナ |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |  |
| 性 　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号 ( ) |
|  |
|  |  再交付する 証明書 | １　被保険者証　　　　　　　　　　　７　利用者負担額減額・免除認定証（災害等）２　資格者証　　　　　　　　　　　　８　訪問介護利用者等負担額減額対象認定証３　受給資格証明書　　　　　　　　　９　特定負担限度額認定証（旧措置）４　負担割合証　　　　　　　　　　　10　利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）５　負担限度額認定証　　　　　　　　11　離島等地域特別地域加算訪問介護利用者負担額６　社会福祉法人等による利用者　　　　　減額対象確認証負担額軽減対象確認証 |  |
|  |  申請の理由 |  １　紛失・焼失　　　２　破損・汚損　　　３　その他（　　　 　　　） |  |
| 　２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入 |
|  | 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |
|  |
|  |
|  | 申請内容確認 |  | 市町村（広域）決裁欄 |
| 市町村 | 広　域 |  | 主　務 | 課（所）内合議 | 係　長 | 課　長 | 起案　　・　　・決裁　　・　　・施行　　・　　・ |
| 担当者印 |  |  |  |  |  |  |  |