

第4号様式の2 (第6条関係)

介護保険負担割合証再交付申請書

草加市長 あて

年 月 日

申請者 住所
氏名 続柄()
電話・FAX番号 ()

次のとおり、負担割合証の再交付を申請します。

被保険者番号	<input type="text"/>
被保険者氏名	フリガナ -----
生年月日	年 月 日
住所	〒 電話・FAX番号 ()
申請の理由 (該当理由に○)	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()

注意 破損又は汚損による再交付申請の際は、その負担割合証を添えて提出してください。