別記第５号様式

介護保険　社会福祉法人利用者負担軽減確認証再交付申請書

函　館　市　長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　　月　　日
申請者氏名		被保険者との関係	
		電話番号	
申請者住所	〒		

被保険者番号		※申請者が被保険者本人の場合，申請者住所欄は記載不要	
フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
被保険者氏名		電話番号	
被保険者住所	〒		

再交付の理由	１　破損・汚損　　２　紛失・焼失 ３　その他（　　）