

# 介護保険負担限度額認定証再交付申請書

(あて先) 豊中市長

申請年月日 年 月 日

下記のとおり再交付の申請をします。

(申請理由：該当する番号に○印を記入)

1：紛失	2：破損・汚損	3：未着
4：住所変更 ( 年 月 日異動)		

(再交付対象者)

氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日	被保険者番号 100
住所			電話番号

(申請者：対象者本人が申請する場合は記入不要)

氏名	電話番号
住所	続柄 (※)

※被保険者からみた続柄をご記入ください

被保険者本人・ご家族以外が受取りされる場合は、裏面の委任状欄もご記入ください。

市記入欄

適用要件	有効期間	受付印
第 段階	(自) 年 月 日	
窓口交付・郵送・未交付	(至) 年 月 日	
備考		受付者

# 委任状

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人に定め、豊中市に対する介護保険負担限度額認定証再  
交付申請及び介護保険負担限度額認定証の受取りについて委任します。

年 月 日

委任者（本人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_