

介護保険福祉用具購入費給付券再交付申請書

フリガナ		保険者番号		1	3	1	0	7	8
被保険者氏名		被保険者番号	/						
生年月日	年 月 日	個人番号							
住所	〒  電話番号 ( )								
再発行が必要な理由	1 紛失 2 破損又は汚損 3 その他(具体的に記入してください。)								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入予定日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
墨田区長 あて  年 月 日付けで発行した介護保険福祉用具購入費給付券 (発行番号第 号)について上記の理由により、再発行を申請します。  年 月 日 申請者 住所  電話番号 ( )  氏 名 (印)									

注意 ・ この申請に基づき給付券が再発行されたときには、前回発行の給付券は無効となります。  
 ・ 破損又は汚損の場合は、当該給付券を添付してください。また、紛失した給付券が見つかった場合は、速やかに墨田区福祉保健部介護保険課に返却してください。