

介護保険住宅改修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												
住所	〒  電話番号 ( )												
再発行が必要な理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他(具体的に記入してください。)												
改修の内容・箇所及び規模	受領委任事業者名												
	着工予定日		年 月 日										
	完成予定日		年 月 日										
改修予定費用	円 (介護保険対象改修予定費用 円)												

墨田区長 あて

年 月 日付けで発行した介護保険住宅改修費給付券(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。