

□介護保険被保険者証

□介護保険負担割合証 再交付申請書

高森町長 殿

平成 年 月 日

1. 被保険者

氏 名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所	高森町

2. 申請者

氏 名		印
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
住 所	高森町	

3. 再交付申請の理由（該当の理由に○）

紛失	棄損
その他（	）

再交付方法	1.郵送	2.役場にて交付
再交付日	年	月 日