

# 記載例

条関係)

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

○年 ○月 ○日

安曇野市長

申請者の住所、氏名、続柄、電話番号をご記入ください。

申請者

住所

安曇野市

氏名

(続柄 )

電話

( )

下記のとおり受給者証の再交付を申請します。なお、紛失した受給者証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還します。

受給者証に記載のあった情報(住所、氏名、生年月日など)をご記入ください。

事業番号	00	区分	<input checked="" type="radio"/> 児童 ・ <input type="radio"/> 障害者 ・ <input type="radio"/> 母子家庭等 ・ <input type="radio"/> 父子家庭		
受給者番号	0000000000				
住所	安曇野市 ○○**番地				
氏名 (生年月日)	安曇野 太郎		( 年 月 日)	( 年 月 日)	( 年 月 日)
	( 年 月 日)		( 年 月 日)	( 年 月 日)	( 年 月 日)
申請理由	<input checked="" type="radio"/> 紛失 ・ <input type="radio"/> 汚損 ・ その他 ( )				
備考					
(決定欄)					
再交付年月日	年 月 日				
備考					
(返還)					
返還年月日	年 月 日				
備考					

該当する資格区分を○で囲ってください

該当する再交付の理由を○で囲ってください。