様式第５号（第７条関係）

福祉医療費受給者証再交付申請書受給者証再交付申請書

　　年　　月　　日

（宛先）　安曇野市長

　　　　　　　住　所　安曇野市

　　　申請者　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業番号 |  | 区分 | 児童 ・ 障害者 ・ 母子家庭等 ・ 父子家庭 |
| 受給者番号 | 　 |
| 住所 | 安曇野市　 |
| 氏名（生年月日） | （　年　月　日） | （　年　月　日） | （　年　月　日） |
| （　年　月　日） | （　年　月　日） | （　年　月　日） |
| 申請理由 | 紛失　・　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 |  |