福祉医療費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　　　　　　　　　　　　　印　　（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　・　損傷　・　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 |  |