

## 記載例

### 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

(続柄)

電 話

( )

申請者の住所、氏名、続柄、電話番号をご記入ください。

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   | 00                 | 区 分      | 児童・障害者・母子家庭等・父子家庭 |  |
| 受給者番号  | 0000000000         |          |                   |  |
| 住 所    | 安曇野市○○**番地         |          |                   |  |
| 氏 名    | 安曇野 太郎<br>(○年○月○日) | ( 年 月 日) | ( 年 月 日)          |  |
| (生年月日) | ( 年 月 日)           | ( 年 月 日) | ( 年 月 日)          |  |
| 申請理由   | 紛失・損傷・その他 ( )      |          |                   |  |
| 備 考    |                    |          |                   |  |

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。

(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   |       |