

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

以下のとおり受給者証の再交付を申請します。

資格区分	現物 児 83 母父 85 障 87 償還 障 29 39 41 母 59 父 69				
受給者	氏名	生年月日			受給者番号
		年	月	日	
		年	月	日	
		年	月	日	
		年	月	日	

再交付理由	1 紛失
	2 破損
	3 その他 ()

来庁者	本人	同・代 関係 () 氏名 ()			受付
本人確認	マイナンバーカード	免許証	手帳	他 ()	