麻績村福祉医療費給付金受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

麻 績 村 長 殿

(いずれかに○をする。)

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 乳幼児等 |
| ２ | 障害者 |
| ３ | 母子・父子家庭 |

届出者　住所

氏名

(自署の場合押印不要)

(受給資格者との続柄　　　　　　　)

電話

下記により受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  給  者 | 氏名 | |  | 受給資格者  証　番　号 |  |
| 住所 | |  | | |
| 申請理由 | | １ 紛失　　 ２ き損　 　３ その他(　　　　　　　) | | | |
| 備　　考 | |  | | | |

以下、麻績村役場処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | 有効期間 | | 年 月 日から  　　 年 月 日まで |
| 受給者番号 |  | | |
| 事業番号 |  | 世帯ｺｰﾄﾞ |  | | 確認担当者 | |