

茅野市福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅 野 市 長

申請者 住所

氏名

印

電話

※ 資格区分	1 こども	2 心身障害者	3 65歳以上国年別表該当	
	4 母子・父子家庭等	5 75歳以上低所得者		
受給者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	※ 受給者証番号
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

下記により受給者証の再交付を申請します。

再 交 付 理 由	1 紛失
	2 破損
	3 証未着
	4 その他 ()

処 理 欄	免許証・旅券・保険証・年金	受 付	
	診察券・その他 ()		