

福祉医療費特別給付金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

駒ヶ根市長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

駒ヶ根市福祉医療費特別給付金条例施行規則第9条第1項により、受給資格者証の再交付を次のとおり申請します。

受給資格者証の区分	子ども・障がい・母子・父子・その他
事業番号・受給者番号	—
受給者の氏名	
受給者の生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
再交付申請の理由	紛失・破損・その他（ ）
備 考	

受付者	確 認 欄	交付者	担 当	係 長	課 長
	保険者証・障害者手帳 免許証・マイナンバーカード （ ） NO.				