塩尻市福祉医療費給付金受給者証再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）塩尻市長

申請者　住　所

氏　名　　印

電　話

次のとおり、福祉医療費給付金の受給者証の再交付を申請します。

受給者番号	受給資格者氏名	生年月日

再交付事由	1　紛失　　2　破損 3　その他（　　）

※市記入欄	区分	1.乳幼児等	2.障がい者（　　）	（一般・後期）	3.母子家庭の母子等	4.父子家庭の父子
	交付日		処理日	確認者印		
	年　月　日		年　月　日			