

小布施町福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

小布施町長 様

届出者 住 所 小布施町大字

氏 名

小布施町福祉医療費給付金条例施行規則第7条の規定により、次のとおり受給者証の再発行を申請します。

再発行の理由	1 紛失 2 盗難 3 その他()				
区分	1 乳幼児・児童生徒 2 障害者 3 母子家庭の母子等 4 父子家庭の父子				
自治会		世帯主			
電話番号		保護者			
再発行を希望する受給者証の	受給者氏名	生年月日		性別	続柄
		大・昭・平・令	年 月 日	男・女	
		大・昭・平・令	年 月 日	男・女	
		大・昭・平・令	年 月 日	男・女	

※加入医療保険・振込口座に変更がある場合は、下記もご記入ください。

加入医療保険	所在地		記号	
	名称		番号	
		保険者番号		
被保険者氏名		勤務先		
振込先登録口座	銀行 信用金庫 農協	口座番号		
	本店 支店 支所	(フリガナ) 口座 名義人		

町処理欄	処理年月日		処理者	
	備考欄			