

様式第7号 (第6条関係)

佐久市福祉医療費給付金受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(申請先) 佐久市長

(申請者) 住 所 佐久市.....  
受給者との続柄  
氏 名 ..... ( )  
電話番号 .....

次のとおり届け出します。

受 給 者 (複数記入可)		
記 号 (該当区分に○)	妊 ・ 児 ・ 障 ・ 母 ・ 父	
受給者番号	受給者氏名	受給者個人番号
住 所	*申請者の住所と同じ場合は記入不要 佐久市	
申 請 理 由	1 紛失    2 損傷    3 その他 ( )	

※ 市 処 理 欄							
起案：令和 年 月 日    決裁：令和 年 月 日							
上記のとおり再交付してもよいでしょうか							
課長		係長		係		証交付	