

様式第3号（第4条関係）

伊那市福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）伊那市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

伊那市福祉医療費給付金条例施行規則第4条第1項の規定により受給資格の再交付を次のとおり申請します。

受給者証の区分	老人 乳幼児等 子ども 障害者 ひとり親家庭の親子等
事業番号・受給者番号	—
受給者の氏名	
受給者の生年月日	年 月 日 生
再交付申請の理由 （○をしてください）	・紛失 ・汚損 ・その他（ ）
備 考	