

様式第5号(第8条関係)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td>老人</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>障害者</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>乳幼児</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>母子・父子</td></tr> </table>	1	老人	2	障害者	3	乳幼児	4	母子・父子	<p>松川村福祉医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>松川村長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 <small>(受給資格者または養育者)</small> 氏名 ㊟ 受給資格者との続柄 連絡方法 TEL</p> <p>下記により受給資格者証再交付を申請します。</p>
1	老人								
2	障害者								
3	乳幼児								
4	母子・父子								

受給者	氏名		受給資格者証番号	
	住所	松川村 番地		
申請理由		1 紛失 2 き損 3 その他()		
備考				

※ 決定欄	村長	副村長	課長	係長	係	決裁年月日	年 月 日	
						受給者番号		
	上記の申請について再交付を決定し、受給資格者証を交付してもよろしいか。						再交付年月日	年 月 日