様式第４号（第１１条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

恵庭市長　様

次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	年　　月　　日
申請者氏名 （受領者）		本人との関係	
申請者住所 （受領者）	〒 電話番号　　（　　）		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男・女
	住　　所	〒 電話番号　　（　　）		

再　交　付　事　由	□　紛失・焼失　　□　破損・汚損 □　その他（　　）

備考欄

恵庭市記入欄

再交付してよろしいか伺います。 年　　月　　日	決裁	課長	主査	スタッフ	合議