

様式第 5 号(第 13 条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証再発行申請書

富士吉田市長 様

次のとおり社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証の再発行を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	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

被保険者番号											
フリガナ											
被保険者氏名	個人番号										
	生年月日	年 月 日	性別								
住所	〒										
	電話番号										

申請の理由	1 紛失・焼失損・汚 2 破損 3 その他()
-------	--------------------------------