様式第６号（第７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 |
|  | フリガナ |  | 確認番号 |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　電話番号　　　　　　　　　　 |
|  |
|  | 再交付申請の理由 | １　紛失・焼失　２　破損・汚損　３　その他（　　　　） |  |
| 八頭町長　　　　様上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再交付の申請をします。　　　　　　年　　月　　日住所申請者氏名　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 町記入欄 |
|  | 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限 |  |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日から | 年　　月　　日まで |
|  |