

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

中津川市長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話（ — — ）

受給者証を再交付くださるよう申請します。

| | | | |
|-------------|------------------------|---------------------|---------|
| 受給者証の 種類 | 下記のうち該当する番号を○で囲んでください。 | | 受給資格者番号 |
| | 1. 乳幼児等 2. 重度心身障害者 | 3. 母子家庭等 4. 父子家庭 | — |
| 受給資格者 | 氏名 | | 申請者との続柄 |
| | 住所 | | |
| 再交付の理由 | 1. 紛失 2. 破損 | | |

注) 受給者証を破損した場合は、破損した受給者証を添付すること。

| | | | | | | | |
|----|----|--|---|----|---|---|---|
| 決裁 | 課長 | | 係 | 受付 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 決裁 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 交付 | 年 | 月 | 日 |