

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. 子ども 2. 重度心身障害者	3. ひとり親家庭等	—
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