

課長	参事	班長	班員

福祉医療費受給者証再交付申請書

1. 再交付申請の理由（該当事項を○でかこむこと）

ア 紛失 イ 汚損 ウ 破損

2. 紛失した受給者証の氏名等

区分	氏名	生年月日	性別
		大・昭 平・令 . .	男・女
		大・昭 平・令 . .	男・女
		大・昭 平・令 . .	男・女
		大・昭 平・令 . .	男・女
		大・昭 平・令 . .	男・女

上記理由により、福祉医療費受給者証の再交付を申請します。
なお、紛失した受給者証を発見した場合は、ただちに返還することを約束します。

令和 年 月 日

申請者 住所 美郷町

氏名 ⑩

受給者との続柄

美郷町長様

受給者証 / 送付・交付

(注) 汚損又は破損により受給者証の再交付を申請する者は、当該受給者証を申請書に必ず添付すること。