

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者 住 所 山ノ内町大字

氏 名 _____ 印

下記のとおりですので、受給者証を再交付してください。

給付種別		受給者番号						
受給者氏名		生年月日	年	月	日	性別	男・女	
受給者住所	山ノ内町大字	番地		組名				
世帯主		受給者との続柄						
再交付理由	紛失・焼失・破損・その他 (_____)							

- (注) 1. 受給者証の破損、よごれ等の場合にはその受給者証を必ず添付してください。
 2. 受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見した時はただちに返還してください。

_____ 以下記入しないでください。 _____

上記の申請について、再交付してよろしいでしょうか。

決裁欄	決裁年月日	年 月 日	受給者証交付年月日	年 月 日
課長	係長	係	担当者	受給者証返還 有・無
				備考