

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

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。

# 記入例

## 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
	美郷 一郎	大・昭 平・令 3. 11. 1	<input checked="" type="radio"/> 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 6 年 4 月 3 日

申請者 住所 美郷町 土崎字上野乙170-10

氏名 美郷 太郎

受給者との続柄 父

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。