

| | | | |
|----|-------|----|----|
| 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。