

福祉医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

中津川市長 様

住 所 中津川市

申 請 者

氏 名

印

(電 話 ー)

受給者証の再交付を申請いたします。

受給者証の 種 類		下記のうち該当する項目を○で囲んでください。			受給資格者番号
		60歳老人	乳幼児	重度障害老人	
		重度心身障害者	母子家庭等	父 子	
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してください。

決 裁		受付	年 月 日
		決裁	年 月 日
		交付	年 月 日