移・障・乳・母・高

令和　・　・ 再交付します。	係	係 長	副課長	課 長

福祉医療費受給者証再交付申請書

受給者	負担者番号									
	受給者番号									
	住所									
	氏名					生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生 （西暦）			

受給者	負担者番号									
	受給者番号									
	住所									
	氏名					生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生 （西暦）			

申請の理由	1　なくした　　2　破れた　　3　汚れた 4　その他　（　　）

備考　1　「破れた」又は「汚れた」受給者証は、添付してください。
　　2　「なくした」受給者証が見つかった場合、すぐにお返しください。

福祉医療費受給者証の再交付を申請します。

三　木　市　長　　様

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　氏　名

　　ＴＥＬ　　―　　―