

| 福祉医療費受給者証再交付申請書（障・乳・子ども・母・父・子・寡・幼） | | | | | |
|---|-----------|--------------------|----------------|-----|--|
| 理 由 | 破 損 亡 失 | | ※ | | |
| | 支 給 対 象 者 | | 受 給 者（申請者） | | |
| フリガナ 氏 名 | | 男・女 | | 男・女 | |
| 個人番号 | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| | | | 支給対象者との 続 柄 | | |
| 住 所 | 平戸市 | 番地 | 平戸市 | 番地 | |
| 福祉医療 費 受給者証 | | 既 交 付 | 再 交 付 年 月 日 | | |
| | 記号・ 番号 | | 年 月 日 | | |
| | 有効期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 年 月 日 | | |
| <p>上記により、再交付されるよう申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>平戸市長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名 ㊟</p> | | | | | |

備考

- 1 「理由」欄の該当事項に○印を付けてください。
- 2 受給者が支給対象者本人の場合は、「受給者（申請者）」欄の「氏名」欄に「本人」と記入してください。
- 3 ※印の欄は、申請者は記入しないでください。
- 4 記名押印又は自筆による署名をしてください。