様式第４号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 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○で囲むこと。)　　ア　紛失　　　イ　汚損　　　ウ　破損　2　紛失した受給者証の氏名等 |
| 　 | 居住地 | 　 | 　 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　　　 |
| 　　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、直ちに返還することを約束します。　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　能代市長　　　　様 |

　(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。