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。