

老 障 親

福祉医療費受給者証再交付申請書

受 給 者 番 号							受 給 者 名		生 年 月 日		
									昭・平・令		
									年	月	日
									昭・平・令		
									年	月	日
									昭・平・令		
									年	月	日
									昭・平・令		
									年	月	日
上記の受給者証を											
<input type="checkbox"/> 紛失・盗難・焼失・その他（ ）により失いましたので、再交付を申請します。 なお、失った受給者証を発見したときは、必ず返還します。											
<input type="checkbox"/> 破損・汚損 しましたので、き損した受給者証を添えて、再交付を申請します。											
令和 年 月 日											
綾 部 市 長 様											
住所 綾部市											
氏名											
受給者証等受領年月日							令和 年 月 日				