様式第４号

福祉医療費受給者証再交付申請書

１ 再交付申請の理由

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	
個 人 番 号	

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、ただちに返還することを約束します。

令和　　年　　月　　日

申 請 者 住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

井川町長　齋　藤　多　聞　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