

福祉医療費受給者証 再交付申請書

受給者 ①	区 分	1 高齢期移行 3 乳幼児等医療（0歳～小3） 5 重度障害者医療	2 母子（父子）家庭等医療 4 こども医療（小4～中3） 6 高齢重度障害者医療
	受給者番号	_____	
	氏 名	_____	
	生年月日	_____年 _____月 _____日	
受給者 ②	区 分	1 高齢期移行 3 乳幼児等医療（0歳～小3） 5 重度障害者医療	2 母子（父子）家庭等医療 4 こども医療（小4～中3） 6 高齢重度障害者医療
	受給者番号	_____	
	氏 名	_____	
	生年月日	_____年 _____月 _____日	
受給者 ③	区 分	1 高齢期移行 3 乳幼児等医療（0歳～小3） 5 重度障害者医療	2 母子（父子）家庭等医療 4 こども医療（小4～中3） 6 高齢重度障害者医療
	受給者番号	_____	
	氏 名	_____	
	生年月日	_____年 _____月 _____日	
再交付申請の理由		紛失・破損・その他（ _____ ）	

養父市長 様

上記のとおり申請します。

_____年 _____月 _____日

申請者
(要本人確認)

(居住地)
住所

氏名

電話

— —