

福祉医療費受給者証 再交付申請書

<受給者証を再交付する方>

氏 名		生年月日	個人番号											
1	カナ	年 月 日												
	市処理欄				課・初									
2	カナ	年 月 日												
	市処理欄				課・初									
3	カナ	年 月 日												
	市処理欄				課・初									
4	カナ	年 月 日												
	市処理欄				課・初									

住所	(建物名等)
----	--------

<再交付を申請する理由>

いずれかに○	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 ()
--------	------------------------------

<申請者> (受給者本人 または 保護者)

諫早市長 様		(申請日)		年 月 日	
上記の理由により、福祉医療費受給者証の再交付を申請します。					
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	— —		
住所	☐ 受給者証を再交付する方と同じ (記入不要)		続柄	受給者証を再交付する方から見て	
	(建物名等)				

諫早市使用欄

備 考	受 給 者 証
	☐ 窓口交付 (. .)
	☐ 郵送 (. .)

