

福祉医療費受給者証 再交付申請書

再 交 付 の 対 象 者								
①	受給者氏名	加東 伝の助			助成種別	乳	こ	母
	受給者生年月日	平成18年3月20日				障	高	移
	再交付の理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 盗難 4. その他 ()						
②	受給者氏名	加東 太郎			助成種別	乳	こ	母
	受給者生年月日	平成27年9月10日				障	高	移
	再交付の理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 盗難 4. その他 ()						
③	受給者氏名				助成種別	乳	こ	母
	受給者生年月日					障	高	移
	再交付の理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 盗難 4. その他 ()						
④	受給者氏名				助成種別	乳	こ	母
	受給者生年月日					障	高	移
	再交付の理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 盗難 4. その他 ()						
⑤	受給者氏名				助成種別	乳	こ	母
	受給者生年月日					障	高	移
	再交付の理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. 盗難 4. その他 ()						

上記のとおり報告いたしますので、再交付をお願いします。

申請日を記入してください。

令和 5 年 1 2 月 2 5 日

加 東 市 長 様

申請者 住 所 加東市社50番地

氏 名 加東 一郎

電話番号 090-1234-5678