記入見本

福祉医療費受給者証　再交付申請書

※太枠内をご記入ください。

月　日

再交付理由	☑ 紛失　☐ 破損　☐ 汚れ　☐ 他（		
再交付対象受給者			
フリガナ	サンダ　ハナコ	申請者との続柄	受給者番号（乳・こ・こ中学・母・移・障・高障）
氏名	三田　花子	本人	
生年月日	大・昭・平・令　50　年　9　月　9　日		
フリガナ	サンダ　イチロウ	申請者との続柄	受給者番号（乳・こ・こ中学・母・移・障・高障）
氏名	三田　一郎	子	
生年月日	大・昭・平・令　20　年　10　月　10　日		
フリガナ		申請者との続柄	受給者番号（乳・こ・こ中学・母・移・障・高障）
氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日		
フリガナ		申請者との続柄	受給者番号（乳・こ・こ中学・母・移・障・高障）
氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日		
フリガナ		申請者との続柄	受給者番号（乳・こ・こ中学・母・移・障・高障）
氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日		

再交付理由を選んで記入してください。

再交付したい方を記入してください。

三田市長あて

上記のとおり、再交付の申請をします。

申請者　三田　花子　　連絡先　079　（　559　）●●●●

住所　三輪２丁目●－●

申請者等確認書類　保険証　・　マイナンバーカード　・　運転免許証　・　その他（　　）

受付		入力		確認	