

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。

申請日 年 月 日

再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚れ <input type="checkbox"/> 他 ()		
再交付対象受給者			
フリガナ氏名		申請者との続柄	受給者番号(乳・こ・こ中学・母・移・障・高障)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ氏名		申請者との続柄	受給者番号(乳・こ・こ中学・母・移・障・高障)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ氏名		申請者との続柄	受給者番号(乳・こ・こ中学・母・移・障・高障)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ氏名		申請者との続柄	受給者番号(乳・こ・こ中学・母・移・障・高障)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ氏名		申請者との続柄	受給者番号(乳・こ・こ中学・母・移・障・高障)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
三田市長あて 上記のとおり、再交付の申請をします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者 _____ 連絡先 () _____ </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> 住所 _____ <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> 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	
----	----	----	--