

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記 号・番 号	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

理 由

紛失

汚破損

その他( )

- (注) 1. 受給者証を破り又は汚した場合は、受給者証を添付してください。  
2. 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときはすぐ返還してください。

- 再スタンプを押印  
 裏面に受給者証をコピー