

この申請書により受給者証を再交付して  
よいか伺います。

課長	主幹	補佐	係長	係

様式4号

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

1 再交付申請の理由(該当事項を○で囲むこと。)

ア 紛失

イ 汚損

ウ 破損

2 紛失した受給者証の氏名等

どなたの受給者証を再交付  
するかを記入してください。

居住地	大館市 字中城20		
氏名	大館 裕太	性別	男
生年月日	大正・昭和 平成・令和	28	年 1 月 1 日生

上記理由により、福祉医療費受給者証の再交付を申請します。  
なお、紛失した受給者証を発見した場合は、ただちに返還することを約束します。

令和 元 年 5 月 20 日

申請者 住所 大館市字中城20

氏名 大館 花子

生年月日 平成 3 年 10 月 1 日

受給者との続柄 母

電話番号 0186 ( 49 ) 3111

大館市長様

(注) 汚損又は破損により受給者証の再交付を申請する場合は、当該受給者証を申請書に必ず  
添付すること。