

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

居住地	大館市		
氏名		性別	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 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 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

受給者との続柄

電話番号 ()

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。