

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番地		
氏名	大館 裕太	性別	男
生年月日	明治・大正・昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 18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。

平成 年 月 日

申請者 住所 大館市字中城20番地

氏名 大館 花子

生年月日 昭和51年10月15日

受給者との続柄 母

電話番号 ( 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。