

自立支援医療(更生医療)受給者証再交付申請書

フリガナ		生年月日
受診者氏名 (申請者)		明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日(歳)
受診者住所	福知山市 電話 - -	
受給者番号		
受給者証の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
再交付を受ける理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他()	
備考		
<p>私は、上記のとおり自立支援医療(更生医療)受給者証の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>福知山市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>		

受付印	
-----	--