別記様式第２号（第６条関係）

重障老人健康管理事業対象者証等再交付申請書

年　　月　　日

福知山市長　様　　自治会名（　　）

住　所　福知山市

氏　名

電　話　　－　　－

下記の理由により、再交付の申請をします。

受給者氏名	フリガナ	生年月日	年　月　日
個人番号		等級	
被保険者番号		シール受領確認	

申 請 理 由

□１　紛　　失　　〔事情〕

□２　盗　　難　　＿＿＿＿＿＿＿＿

□３　毀　　損　　＿＿＿＿＿＿＿＿

□４　その他　　＿＿＿＿＿＿＿＿

〈注意〉１　該当する□にレ印を記入してください。
２　毀損の場合は、その対象者証を添付してください。
３　後日、対象者証等を発見した場合は、速やかに返還してください。

この申請書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成２５年法律第２７号）第２条第８項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市重度心身障害老人健康管理事業に係る事務に利用します。

有効期間		・　・　～　・　・					
処理	再発行日	・　・		取扱者			
	台帳入力	・　・		課長	課長補佐	係長	係
	資格確認						

番号確認		実存確認	