様式第７号（第９条の４関係）

福祉医療費受給者証再交付申請書

	41㊋		43-1㊟		43-2㊟		44-1 ひとり親

年　　月　　日

福知山市長　様

住　所　福知山市

申請者

氏　名

（℡　　）

下記の理由により、再交付の申請をします。

受給者	氏 名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	年　　月　　日
	住 所	福知山市	受　給　者　番　号	
申請理由	□ １ 紛失 □ ２ 盗難 □ ３ き損 □ ４ その他（　　） （発生年月日：　　・　　・　　）		〔事 情〕	

＜注意＞ １ 該当する□に✔印を記入すること。

２ き損の場合は、その受給者証を添付すること。

３ 後日、受給者証を発見した場合は速やかに返還すること。

※審査	有効期間	・　・　～　・　・		再交付日	・　・		
	処理	台帳入力	・　・	決裁	課長	課長補佐	係長	係
		担当者						
※確認	□ 本人確認							