様式第2号（第6条関係）

重度心身障害老人健康管理事業対象者証等再交付申請書

受給者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			

【申請理由】

□　紛　失

□　毀　損

□　その他（　　）

〈注意〉

１該当する申請理由をチェックしてください。

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。

上記の理由により、再交付の申請をします。

年　月　日

福知山市長　様

【申請者】（下記のいずれかにチェックしてください）

□　上記受給者が申請する場合（電話欄のみ記入）

□　上記受給者以外の者が代理人として申請する場合（全て記入）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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