福祉医療費受給者証再交付申請書

受給者氏名	性　別	生　年　月　日	受給者番号
	男 女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	
再交付の申請理由	・　紛　失 ・　破　損 ・　その他（　　）		

上記の理由により福祉医療費受給者証の再交付を受けたいので申請します。
なお、再交付していただくに際しまして、これによって生ずる一切の責を負うことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

和木町　　番　　号

申請者

和木町長　様

本人確認書類	・免許証　・個人番号カード　・保険証　・通帳　・パスポート ・その他（　　）