

入力	確認

福祉医療費受給者証再交付申請書
【重度心身障害者】

岩 国 市 長 殿

年 月 日

住所 岩国市 町 丁目 番 号
番地

申請者

氏名

受給者証	記 号 番 号	受給者氏 名		生年月日

(再交付の理由)

1. なくしたため
2. 破り、よごしたため
3. その他 ()

備 考		○ 運転免許証	
	☐ 当日 手渡済	○ 健康保険証	により確認
		○ その他（	）
	☐ 当日 郵送済		
	☐ 後日 郵送（	月	日）

- 【 注 意 】
1. この申請書には、損傷した受給者証を付けてください。
2. 再交付後に、なくなった受給者証が見つかった場合は返却してください。
3. 本人確認のできる身分証明書が無い場合は、郵送になります。