

入力	確認

福祉医療費受給者証再交付申請書

【ひとり親家庭】

年 月 日

岩 国 市 長 殿

住所 岩国市

申請者

氏名

受給者証を再交付する受給者		氏 名	生 年 月 日	受給者記号番号
	母・父		年 月 日	
	子		年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			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	☐ 当日 手渡済	☐ 運転免許証	により確認
		☐ 健康保険証	
		☐ 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。