

再交付申請書

福祉医療費受給資格者証を再交付して下さるよう申請いたします。

記

受給者の氏名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
再交付申請の理由	紛失・破損・その他（ ）
受給区分	乳幼児・障がい者・母子・父子・自立・難病
受給者証の番号	

年 月 日

阿智村長 殿

申請者 住所 阿智村

氏名 印