

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

八幡市長様

申請者住所

氏名

TEL ( )

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

<受給者>

氏名	生年月日	受給制度		受給者番号							
	年 月 日	障がい	老人								
	年 月 日	障がい	老人								
	年 月 日	障がい	老人								
	年 月 日	障がい	老人								
	年 月 日	障がい	老人								

<申請理由>

- 破損
- 紛失
- 盗難
- その他 ( )