

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

中川村長 様

申請者住所 中川村 大草・片桐・葛島 番地

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (電話 \_\_\_\_\_ )

私は、下記の理由のため下記の者の福祉医療受給者証再交付を申請します。

再発行希望者	住所 中川村 大草・片桐・葛島 番地		その他	区分	宛番号
	氏名 (2人目以降の氏は省略可)	生年月日			
		M・T・S・H・R 年 月 日			
		M・T・S・H・R 年 月 日			

医療区分	乳幼児 ・ 障害者(児) ・ 母子家庭 ・ 父子家庭 ・ 老人 (該当に○印)
------	---

再発行理由	紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 (該当に○印)
-------	----------------------------

村処理欄 <input type="checkbox"/> 健康保険証確認 <input type="checkbox"/> 振込口座確認	世帯状況	課税状況
---	------	------