福祉医療費受給者証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

新温泉町長　様

申請者　住所　新温泉町
氏名

次のとおり、受給者証の再交付を申請します。

受給者 氏　名		男・女	負担者番号								
	大･昭･平･令　　年　　月　　日		受給者番号								
受給者 氏　名		男・女	負担者番号								
	大･昭･平･令　　年　　月　　日		受給者番号								
受給者 氏　名		男・女	負担者番号								
	大･昭･平･令　　年　　月　　日		受給者番号								
再交付 の理由	１．　紛　失 ２．　その他										

課　長	課長補佐	係　長	課　員