



老人医療費受給者証再交付申請書

公費負担番号									
受給者番号									
氏名	性別	生年月日							
	男・女	年 月 日							
再交付申請理由	1 紛失 2 盗難 3 焼失 4 き損 5 その他								
<p>注1 き損等で証のある場合は、必ずこの届に添付してください。</p> <p>2 紛失等で、後日失った証を発見したときは、必ず返還してください。</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 南丹市</p> <p>氏名 _____</p> <p>南丹市長 様</p>									

