

子ども福祉医療費受給者証再交付申請書

R6年4月1日

(宛先) 秋田市長

申請者 住所 〒010-8560 秋田市山王一丁目1番1号

氏名 秋田一郎

連絡先 090-0000-0000

福祉医療費受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

No.	フリガナ 受給者氏名	生年月日	資格取得 年度	再交付を受ける理由
1	あきた たろう 秋田太郎	H30年1月1日	H29	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
2		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 ()
3		年 月		()
4		年 月		()
5		年 月 日		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()

再交付を受けたい受給者証が最初に交付された年度を記入してください。

再交付を受けたい受給者が2人以上いる場合は、NO.2以降に続けて記入してください。