福祉医療費受給資格証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

天理市長　様

申請者	住所
	氏名
	電話番号

下記の通り受給者証の再交付を申請します。

該当医療	1．子ども医療　　2．ひとり親医療　　3．心身障害者医療
住　　所	□申請者と同じ
氏　　名	
生年月日	
申請理由	1．紛失　　2．破損　　3．その他

注）・証は受給者の住所地に送付します。
（送付先変更のお手続きをされている場合は送付先変更が優先されます。）
・一度に複数名の再発行を申請されたい場合、「氏名」「生年月日」の欄に
再発行希望者全員分のご記入をお願いいたします。

市町村記入欄

受給者番号　（　　）

送付日　　／