

# 受給者証再交付申請書

※太枠内を記入してください。

下記のとおり受給者証の再交付を申請します。

加古川市長 様

年 月 日

申請者

住所

氏名

電話番号 ( ) -

対象者氏名	生年月日	受給者番号						法別
①	年 月 日生							
②	年 月 日生							
③	年 月 日生							
④	年 月 日生							

申請理由

- 紛失
- 破損
- 汚損
- その他

※受給者証が見つかった場合、破損または汚損した受給者証が手元にある場合は返却してください。

( )

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 医療助成年金課から郵送 ( / )	
備考		
入力	日付 . .	担当
確認	日付 . .	担当

対象者コード	①	
	②	
	③	
	④	
センター等受付印		担当課受付印