

第4号様式(第7条関係)

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

清須市長 様

住所
申請者 氏名 ⑩
電話番号

次のとおり受給者証を再交付してください。

受給資格者	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日		性別	男・女
	世帯主名			
加入保険	名称			
	記号番号			

申請理由	<p>1 破 損</p> <p>2 汚 損</p> <p>3 紛 失</p> <p>事情をお書きください。</p>
------	-----------------------------------------------------------