

① 老人医療費受給者証等再交付申請書

平成 年 月 日

（あて先） 亀岡市長

申請者（受給者）

住所

氏名

印

次の理由により再交付を申請します。

受給者名	受給者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
	フリガナ					生年月日								
氏名					昭和 年 月 日									
再交付申請の理由	<p><input type="checkbox"/> やぶれた。</p> <p><input type="checkbox"/> よごれた。</p> <p><input type="checkbox"/> なくした。</p> <p>（なくしたときは、その事情を記入してください。）</p>													

注 1 該当する□には、レ点を記入すること。

2 やぶれたとき又はよごれたときは、その受給者証を添付すること。