

⑧ 老人医療費受給者証等再交付申請書

令和 年 月 日

（あて先） 亀岡市長

申請者（受給者）

住所

氏名

自署であれば押印省略可

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	7					
	フリガナ					生年月日	
	氏名					昭和 年 月 日	
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> やぶれた。 <input type="checkbox"/> よごれた。 <input type="checkbox"/> なくした。 (なくしたときは、その事情を記入してください。)						

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。