様式第６号

受付印

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）西尾市長

申請者　　住所　　西尾市

氏名

電話番号　（　　）　　－

次のとおり受給者証を再交付してください。

受給者	受給者番号		個人番号	
	住所			
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日	性別	
申請理由		1　やぶれた 2　よごれた 3　なくした 4　その他 （　　）		

届出者確認：申請者本人・同居親族・その他　申請者との関係（　　）

※事務処理 受給者証	受付	発行日	年　　月　　日
		発行者	