様式第 17 号

老人保健法による医療受給者証再交付申請書

医療受給者	ふりがな		男・女
	氏　　名		
	生年月日	明　治 大　正　　年　　月　　日 昭　和	
	受給者番号		
医療受給者証交付年月日		平　成　　年　　月　　日	
再交付申請の理由		1．き　損　　2．汚　損　　3．亡　失 4．その他 具体的理由 （　　）	

上記のとおり再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所　遠野市
（居住地）

氏　名　　㊞

ＴＥＬ　（　　－　　）

遠野市長　本 田 敏 秋　殿

（伺い）　この申請に基づいて、受給者証を交付してよろしいか。

課　長	課長補佐	係　長	係　員	担当者
				月　日