福祉医療費受給者証再交付申請書

医療の種別		
受給者	受給者番号	
	氏名	
	住所（居住地）	
	生年月日	
再交付申請理由	□ 紛失 □ 破損・汚損 □ その他　（　　）	

上記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所（居住地）

氏名　　（続柄　　）

電話番号

芦屋市長　宛

検証	入力