

様式第4号(第5関係)

元気で健康に長生き医療費助成受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

日の出町長 殿

申請者 住所
氏名 続柄()
電話番号 ()

下記のとおり申請します。

対象者	認定証番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	〒 999-9999 東京都西多摩郡日の出町 電話番号		

申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他()

注 破損・汚損したときは、元気で健康に長生き医療費助成受給者証を添付してください。