様式第５号（第６条関係）

　　年　　月　　日

都城市長　宛て

申請者　（本人　・　代理人）

住所　　都城市

氏名

生年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

電話番号

再交付の申請者

住所

氏名

生年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

電話番号

※職員記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再申請者本人確認 | 運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳健康保険証・その他（　　　　　　　　　　　　） | 確認者 |
|  |

再交付申請兼受領書

（再交付理由）　　　　　　　　　　　　のため、都城市健康増進施設利用助成事業実施要綱第６条の規定により、助成券の再交付を申請し、受領します。（喪失した状況：日時、場所等状況を詳しく記入してください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再交付番号 | 利用ポイント | 申請者本人確認 |
|  | 　　　ポイント | 　　 |