

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

朝 日 町 長 様

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

次の福祉医療費受給資格証を（破損、汚損、亡失）したので、再交付を申請します。  
なお、受給資格証を再交付された後、失った受給資格証を発見したときは、直ちに、その受給資格証を返します。

受給資格の区分	1. 障がい者 2. 一人親家庭等 3. 子 ども 5. 障がい者(後期高齢者医療制度の被保険者)
受給資格証番号	
受給資格者	氏 名
	生 年 月 日                      年      月      日      (      歳)

注 受給資格証を汚したときは、その受給資格証を申請書に添付してください。