

第4号様式

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

御浜町長 様

住 所：

申 請 者 氏 名：  
(保護者等)

電 話：

下記の福祉医療費受給資格証を 破損・汚損・亡失・その他（ ）  
したので、再交付の申請をします。

なお、受給資格証の再交付を受けた後、以前の受給資格証を発見したときは  
直ちに返還します。

記

対象者の氏名	
種 別	1 障がい者                      3 子ども 2 一人親家庭等                  その他（                      ）
受給資格証番号	