

第4号様式

福祉医療費受給資格証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

御浜町長 様

グレーの個所を記入する。

住 所： 御浜町大字

申 請 者 氏 名： 御 浜 太 郎
(保護者等)

電 話： 〇〇〇〇〇〇

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。

どれかを○で囲み、その他の場合は
カッコ内に記入する。

記

対象者の氏名	御 浜 太 郎
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	※受給資格証番号が分かれば記入