

様式第9号(第15条関係)

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

○年 ○月 ○日

沼田市長 様

再交付理由について、  
いずれかにマルをつけ  
てください。

住 所 **沼田市下之町888番地**  
氏 名 **沼田 太郎**  
電話番号 **080-1234-5678**

福祉医療費受給資格者証を **破損** したので、再交付を申請します。  
**亡失**

世帯主氏名	<b>沼田 太郎</b>		
住 所	<b>沼田市下之町888番地</b>		
受給資格者	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	<b>沼田 花子</b>	<b>令和○年○月○日</b>	<b>子</b>
保険者名称	<b>沼田市国民健康保険</b>		
備考	<b>080-1234-5678</b>		

連絡のつきやすい電話番号  
を記入してください。

再交付したい人の氏  
名、生年月日、続柄を記  
入してください。

加入している医療保険の名称  
を記入してください。