様式第3号（第9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}_{亡失}したので、再交付を申請します。

世帯主氏名	沼田 太郎		
住 所	沼田市下之町888番地		
受給資格者	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	沼田 花子	令和○年○月○日	子
保 険 者 名 称	沼田市国民健康保険		
備 考	080-1234-5678		

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。