

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

申請者 住 所
氏 名
電話番号

受給資格者との続柄
()

※受給資格者又は保護者等の申請となります。その他の方が来庁した場合はご記入ください。

来庁者 住 所
氏 名
電話番号

受給資格者との続柄
()

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

受給資格区分	1 子ども 2 重度心身障害者 3 高齢重度障害者 4 母(父)子家庭等		
世帯主氏名			
住 所			
受給資格者	氏 名	生 年 月 日	世帯主との続柄
医療保険の名称			
備 考			