

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

〇年 〇月 〇日

沼田市長 様

申請者 住所 沼田市下之町888番地  
氏名 沼田 太郎 受給資格者との続柄  
電話番号 0278-23-2111 ( 父 )

※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  
番号 受給資格者との続柄  
( )

再交付理由について、  
○をつけてください。

福祉医療費受給資格者証を 破損・汚損 紛失 したので、再交付を申請します。

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	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	世帯主との続柄
	沼田 花子	〇年〇月〇日	子
	再交付したい人の氏名、生年月日、世帯主との続柄を記入してください。		
医療保険の名称	沼田市国民健康保険		
備考	受給資格者が加入している医療保険の名称を記入してください。		
080-1234-5678 (父・沼田太郎)			
連絡のつきやすい電話番号を記入してください。			