

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

紀宝町長 様

住所
申請者
(保護者等) 氏名
電話

破損
受給資格証を下記の理由により 汚損 したので、再交付の申請をします。
亡失

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。

記

(理由)

対象者の氏名	
受給資格証番号	