

様式第10号(規格 A4)(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

みどり市長 様

(申請者) 住 所
氏 名 (続柄)
電 話 ()

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

受給者資格区分	1 子ども 2 重度心身障害者等 3 母子・父子家庭等				
受給資格者	氏 名	生年月日	申請者との続柄	住 所 ※申請者と異なる場合	受給資格者番号
医療保険の名称					
備 考					