

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

鳥羽市長 様

住所

申請者 氏名

印

(保護者等) 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
亡失

します。

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	