

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

(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
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	