|  |
| --- |
| 福祉医療費受給者証再交付申請書（障・乳・幼・こ・母・母の子・父・父の子・寡） |
| 理由 | 破損　　　　　　亡失 | ※ |
|  | 支　給　対　象　者 | 受　　給　　者（申請者） |
| ふりがな氏名 |  | 男・女 |  | 男・女 |
| 生年月日（年　齢） | 年　　月　　日　（　　　歳） | 年　月　日　（　　　歳） | 支給対象者との続柄 |
|  |
| 住所 |  |  |
| 福祉医療費受給者証 |  | 既　　 交 　　付 | 再　　　 交 　　　付 |
| 記号・番号 |  |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 　上記により再交付されるよう申請します。　　　　　　年　　月　　日　（あて先）　五　島　市　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　 |

　様式第６号（第７条関係）

　備考

　１　理由の欄の該当事項に○印を付けること。

　　２　受給者が支給対象者本人の場合は、受給者の氏名の欄に「本人」と記入するだけでよいこと。

　　３　※印の欄は、申請者は記入しないこと。