様式第4号(第7条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費受給資格証再交付申請書  令和　　　年　　月　　日  　いなべ市長　様  住所　いなべ市  申請者　　氏名  電話  （自署又は記名押印）  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 | 障がい・一人親・子ども |
|  | | | |