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 |
| 　 |