

様式第12号（第11条関係）

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)伊勢崎市長

申請者 住 所
氏 名

電話番号

来庁者 住 所
氏 名

続 柄
電話番号

福祉医療費受給資格者証を 破損 ・ 亡失 したので伊勢崎市福祉医療費支給に関する
条例第10条第1項の規定により再交付を申請します。

住所						
受給資格者	氏 名		性別	生年月日	公費負担者番号	受給資格者番号
健康保険の種類等	被保険者、組合員、加入者又は世帯主	記号・番号			課税情報	
		氏 名				
	住 所					
	被保険者証発行機関	保険者番号			付加給付	有 ・ 無
		名 称				
		住 所				
備考						