

記載例

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

令和〇 年 〇 月 〇 日

(宛先)伊勢崎市長

受給資格者本人の住所・
氏名を書いてください

申請者 住所 伊勢崎市〇〇町 100
氏 名 伊勢崎 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇

受給資格者が子どもの場合は、保護者の
情報を書いてください

来庁者 住所 同上
氏 名 伊勢崎 花子

続 柄 母

電話番号 〇〇〇-〇〇〇

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	伊勢崎市〇〇町 100				
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
	伊勢崎 太郎	男	平成〇年〇月〇日		
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					