

記載例

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

令和〇年〇月〇日

(宛先)伊勢崎市長

申請者 住所 伊勢崎市〇〇町
氏名 伊勢崎 太郎

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

電話番号 〇〇〇-〇〇〇

来庁者 住所 続柄
氏名

どちらかにマルをつけてください

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					