

様式第 1 2 号（第 1 2 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 1 0 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		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							
	保険者の機関	保険者番号				付加給付		有 ・ 無	
		名 称							
		住 所							
	備考								