

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）高崎市長

申請者 住所
氏名 電話 ()

来庁者 住所
氏名 電話 ()

受給資格者との関係：

福祉医療費受給資格者証を () したので、再交付を申請します。

| 受給資格対象区分 | 子ども・重度心身障害者・高齢重度障害者・母子家庭・父子家庭 | | |
|----------|-------------------------------|----------|----|
| 受給資格者氏名 | 生年月日 | 受給資格者証番号 | 備考 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

上記のとおり申請がありましたので再交付してよろしいか伺います。

【確認書類】（申請者） 運転免許証 個番カード 保険証 その他 ()
（来庁者） 運転免許証 個番カード 保険証 その他 ()

| 受付 | 担当 |
|----|----|
| | |