

様式第5号（第7条関係）

↑※この枠で囲ってある部分以外は記入不要です。

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

（宛先）高崎市長

申請者 住所 **高崎市高松町35番地1**

氏名 **高崎 春男** 電話 **027 (321) 1237**

来庁者 住所 福祉医療受給者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。 ※未成年の場合は保護者の方の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

氏名)

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
高崎 太郎	令和2年5月5日		
高崎 花子	令和5年3月3日		

福祉医療費受給資格者証の再発行を希望する方の氏名・生年月日をご記入ください。 ※福祉医療費受給者証の再発行を希望する方が複数人いる場合は全員分のご記入をお願いいたします。

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