

様式第5号(第9条関係)

高齢者医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)高崎市長

申請者 住所
氏名 電話番号 ()
来庁者 住所
氏名 電話番号 ()
受給資格者との関係：_____

受給資格者証を()したので、再交付を申請します。

受給資格者番号			
受給資格者氏名		生年月日	年 月 日