

様式第5号（第3条関係）

福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

（あて先）笠松町長

住 所 笠松町司町1番地 笠松アパート101

申請者 氏 名 笠松 花子

電 話 （ 090 - 1111 - 2222 ）

受給者証を再交付くださるよう申請します。

受給者証の 種 類	下記のうち、該当する番号を○で囲んでください。		受給資格者番号 個 人 番 号										
	1 子ども                      2 重度心身障害者												
	3 母子家庭等                  4 父子家庭		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
受給資格者	氏 名	笠松 次子	申請者との続柄				子						
	住 所	笠松町司町1番地 笠松アパート101											
再 交 付 の 理 由	1 紛 失 2 破 損												

（注）受給者証を破損した場合は、破損した受給者証を添付すること。