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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話（　　－　　－　　）

受給者証を再交付くださるよう申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">受給者証の種類</td><td colspan="4">下記のうち、該当する番号を〇で囲んでください。</td><td>受給資格者番号
個　人　番　号</td></tr>
<tr><td colspan="4">1　子ども　　2　重度心身障害者
3　母子家庭等　　4　父子家庭</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給資格者</td><td>氏　名</td><td></td><td>申請者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>再交付の理由</td><td colspan="5">1　紛　失
2　破　損</td></tr>
</table>

（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。