

別記様式第4号（第7条関係）

<p>福祉医療費受給券再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> <p>竜王町長                      様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申 請 者                      氏 名                      印</p> <p>福祉医療費受給券を { 汚 損 } しましたので再交付されたく申請します。                                                       { 破 損 }                                                       { 亡 失 }</p>				
助 成 対 象 者	受 給 券	福祉番号                      受給者番号		
	居 住 地	竜王町大字		
	氏 名		生年月日	年      月      日
は保 護者 帯 主 た	住 所 ( 居 住 地 )			
	氏 名			
再 交 付 申 請 の 理 由				

- (注) 1 汚損、破損した受給券を添付してください。  
 2 本人が署名する場合は、押印は不要です。