

様式第5号（第7条関係）



福祉医療費受給者証再交付申請書(障・乳幼・小中学生・母子・父子・寡婦)

支給対象者	氏名	性別	男・女
	生年月日 年 月 日		
再交付申請の理由			
1 紛失			
2 破損			
3 その他 ( )			
上記により福祉医療費受給者証の再交付を申請します。			
佐世保市長 様 年 月 日			
住所 佐世保市 丁目 番地 号			
届出者 氏名			
TEL — —			

処理欄

受給者番号		再交付年月日	. .
-------	--	--------	-----