様式第４号（第６条関係）

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

伊賀市長　様

住所

申請者　　氏名

（保護者等）

電話

下記の理由により、受給資格証の再交付を申請します。

なお、受給資格証の再交付を受けたあと、以前の受給資格証を発見したときは、直ちに返還します。

記

受給資格証番号 （不明な場合は記載不要）		
受給資格者	氏　　名	
	生　年　月　日	
	住　　所	

申請理由	
理由に○をつけてください。 １　亡失 ２　破損 ３　汚損 ４　その他　（　　）	
再交付申請日	年　　月　　日