様式第５号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 寡婦医療費受給資格証再交付申請書　　　　年　　月　　日　（宛先）えびの市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印　 |
| 受給資格証番号 |  |
| 再交付を受ける理由ア破損イ亡失ウその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）破損（汚損）の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。