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。