

様式第 6 号(第 8 条関係)

寡婦等医療費受給資格者証再交付申請書	
年 月 日	
綾町長	殿
申請人	住 所 氏 名
受給資格者証記号・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、旧受給資格者証を提出してください。