

福祉医療費受給資格者証交付状況証明書交付申請書

制 度 区 分	・ 子ども ・ 母子父子家庭等 ・ 重度心身障害者 ・ 高齢重度障害者		
受給資格者番号	2 1 2 3 4 5 6		
受給資格者氏名	赤城 花子		
転 出 年 月 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
転 出 先 (新 住 所)	高崎市高松町 3 5 番地 1		

上記のとおり転出するので、証明書の交付を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(宛先) 前 橋 市 長

住 所 前橋市大手町二丁目 1 2 番 1 号

氏 名 赤城 太郎

(保護者)

電話番号 0 2 7 (2 2 4) 1 1 1 1