

# 記入例

様式第4号(第3条関係)

決 裁		赤字の箇所にご記入、ご捺印をお願いします。

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

〇〇年 〇月 〇日

郡上市長 様

住所 郡上市〇〇町△△番地  
申請者 氏名 郡上 一郎 (印)  
電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

受給者証の再交付を申請します。

受給者証の種類	次のうち、該当する番号を○で囲んでください。		受給資格者番号		
	1. 乳幼児	4. 重度心身障害者	153-〇〇〇〇〇〇〇〇		
2. 小学生	5. 母子家庭等				
3. 中学生	6. 父子家庭				
受給資格者	氏名	郡上 太郎		申請者との続柄	子
	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
	住所	郡上市〇〇町△△番地			
再交付の理由	1. 紛失				
	2. 破損				

注) 受給者証を破損した場合は、破損した受給者証を添付すること。