

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 

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									
	<input checked="" type="radio"/> 1. 乳幼児 <input type="radio"/> 2. 小学生 <input type="radio"/> 3. 中学生	<input type="radio"/> 4. 重度心身障害者 <input type="radio"/> 5. 母子家庭等 <input type="radio"/> 6. 父子家庭	153-〇〇〇〇〇〇〇〇									
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
	住所	郡上市〇〇町△△番地										
再交付の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失 <input type="radio"/> 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。