

様式第4号(第3条関係)

決 裁							受 付	年	月	日
							決 裁	年	月	日
							交 付	年	月	日

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

郡 上 市 長 様

住 所 郡上市 \_\_\_\_\_

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

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		
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			申請者との 続柄
	個人番号			
	住 所			
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。