

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 _____

(電話 _____)

受給者証を再交付くださるよう申請します。

受給者証の 種類	下記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 2. 小学生 3. 中学生	4. 重度心身障害者 5. 母子家庭等 6. 父子家庭	
受給資格者	氏名	申請者 との続柄	
	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。

決 裁		受付	年 月 日
		決裁	年 月 日
		交付	年 月 日