

福祉医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

本巢市長 様

住所 _____
 申請者 _____
 氏名 _____ 印
 (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 乳幼児等	2 重度心身障害者	
	3 母子家庭等	4 父子家庭	
受給資格者	(フリガナ) 氏名	(フリガナ) _____)	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	課長	課長補佐	係長	係	主任	受付	年 月 日
						決裁	年 月 日
						交付	年 月 日