

様式第4号(第3条関係)

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

本巢市長 様

住所 _____
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 乳幼児等 3 母子家庭等 2 重度心身障害者 4 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。

決 裁		受付	年 月 日
		決裁	年 月 日
		交付	年 月 日