

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市

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。			負担者番号			
	1 こども	3 母子家庭等					
	2 重度	4 父子家庭		受給資格者番号			
受 給 者 資 格 者 (申請者と 同じ場合は 記入不要)	氏 名		生 年 月 日	.	.	申請者 との 続 柄	
	住 所	各務原市					
再交付の 理 由	1 紛 失 2 破 損						
その他事項							

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。

受 付	年 月 日
交 付	年 月 日

<市役所確認欄>

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	身元確認 書類等	<input type="checkbox"/> 写真付1点(マイナンバーカード、 運転免許証・障害者手帳等) <input type="checkbox"/> 写真無2点(資格確認書・年金手帳 等) <input type="checkbox"/> その他()
-----	---	-------------	--