

記入例

福祉医療費受給者証再交付申請書

令和〇年 〇月〇〇日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市〇〇町〇丁目〇〇番地

申請者 氏 名 〇〇 △△

電 話(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

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	受給資格者番号			
	2 重度	4 父子家庭				
受 給 者 資 格 者 (申請者と 同じ場合は 記入不要)	氏 名	〇〇 □□	生 年 月 日	RO・O・O	申 請 者 と の 続 柄	子
	住 所	各務原市〇〇町〇丁目〇〇番地				
再交付の 理 由	1 紛 失	該当するものに○をつけてください				
	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	市役所記入欄

<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 ()