

申請日をご記入下さい。

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)岐阜市長

申請者の住所、氏名等
をご記入ください。

申請者 住 所 岐阜市 司町40番地1

氏 名 岐阜 太郎

(電話 058 - 265 - 4141)

いずれかに○をつけて下さい。

番号が分かる方は記入をしてください。

受給者証を再交付するよう申請します。

受給者証の種類	<input checked="" type="radio"/> 1 子ども	受給者番号
	<input type="radio"/> 2 重度心身障害者等	
<input type="radio"/> 3 ひとり親家庭等		
受給資格者	氏 名	岐阜 花子
	生年月日	平成30年1月1日
	住 所	岐阜市司町40番地1
再交付の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失	事務処理欄 マ、運、パ、手、その他 ()
	<input type="radio"/> 2 破損	

受給者証が必要な方の氏名、生年月日、住所を記入してください。

いずれかに○をつけて下さい。

破損した受給者証を添付すること。

事務処理欄 マ、運、パ、手、その他 ()