

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。

申請します。

該当する番号を○で囲んでください。

受 給 資 格 者 番 号

401-12345678900

受給者証の種類

- ① 子 ど も      2 重度心身障害者等  
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

- ① 紛 失  
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。

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。

いずれかに○をつけて下さい。

事務処理欄 マ、運、パ、手、その他 ( )