

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。

申請します。

番号が分かる方は記入をして下さい。

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

受給資格者番号

401-12345678900

氏 名 岐阜 花子

受給資格者 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 ()