様式第５号（第３条関係）

福祉医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

美濃市長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　）

受給者証を再交付くださるよう申請します。

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受給者証の
種　　類</td><td colspan="2">下記のうち該当する番号を○で囲んでください</td><td>受給資格者番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">1　重度心身障害者　2　乳幼児等
3　母子家庭等　4　父子家庭</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受　給
資格者</td><td>氏名</td><td></td><td>申請者
との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付の理由</td><td colspan="3">1　紛　失
2　破　損</td></tr>
</table>

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">決
裁</td><td>市長</td><td>副市長</td><td>部長</td><td>課長</td><td>課長補</td><td>係長</td><td>主任</td><td>受　付</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>決　裁</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>交　付</td><td>年　月　日</td></tr>
</table>