

福祉医療費受給者証再交付申請書

令和〇年〇月〇日

美濃市長 様

朱色点線枠 について
 黒色のボールペン等でご記入ください。
 ※高校生年代から大学生年代のお子さんは、
 受給者証がありませんので、申請不要です。

申請者 住所 美濃市〇〇〇〇
 氏名 加入医療保険の被保険者
 （電話 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。

対象者の福祉医療費受給者証に記載されて
 いる「受給資格者番号」をご記入ください。

受給者証の	下記のうち該当する番号を○で囲んでください		受給資格者番号			
種類	1 重度心身障害者	2 乳幼児等	〇〇〇-〇〇〇〇			
	3 母子家庭等	4 父子家庭				
受給資格者	氏名	再交付する方の氏名	申請者 との続柄			
	住所	美濃市〇〇〇〇				
再交付の理由	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 紛失</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">該当事由に「○」をつけてください</td> </tr> <tr> <td>2 破損</td> </tr> </table>			1 紛失	該当事由に「○」をつけてください	2 破損
1 紛失	該当事由に「○」をつけてください					
2 破損						

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。

決 裁	市長	副市長	部長	課長	課長補	係長	主任	受付	年	月	日
								決裁	年	月	日
									交付	年	月