

福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

可児市長 様

住所

届出人 氏名

電話 (- -)

受給者証を再交付くださるよう申請します。

受給者証の 種類	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
	1 . こども	3 . 母子家庭等	-
	2 . 重度心身障がい者	4 . 父子家庭	
受給 資格者	氏名	申請者 との続柄	
	住所		
再交付の理由	1 . 紛失 2 . 破損 3 . その他 ()		

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。