

様式第4号（第3条関係）

福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

可児市長 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。

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 子 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	可児市		
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してください。