

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市.....

申請者 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	4 父子家庭					
受 給 者 資 格 者  (申請者と 同じ場合は 記入不要)	氏 名		生 年 月 日	. .	申 請 者 と の 続 柄	
	住 所	各務原市				
再交付の 理 由	1 紛 失 2 破 損					
その他事項						

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。

受 付	年 月 日
交 付	年 月 日

<市役所確認欄>

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ( )	身元確認 書 類 等	<input type="checkbox"/> 写真付1点(免許証・障害者手帳・個人番号カード等) <input type="checkbox"/> 写真無2点(被保証・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----	---	---------------	---

※SCで身元確認が十分に取れた際は、医療保険課に連絡(内線2507)し、証データを受信。

※身元確認不十分な場合は医療保険課から再発行証を自宅に郵送。