

記入例

### 福祉医療費受給者証再交付申請書

申請する年月日を記入

注意事項

- ・加入されている健康保険証・身元確認書類を持参してください

〇〇 年 〇 月 〇 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市 那加桜町〇丁目〇〇番地

申請者 氏 名 〇〇 △△

電 話( 〇〇〇 ) △△△ - 〇〇〇〇

受給者証を再交付くださるよう申請します。

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 <b>こども</b>	3 母子家庭等	〇13 - 〇〇〇〇〇〇〇〇			
	2 重度	4 父子家庭				
受給資格者 (申請者と同じ場合は記入不要)	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇・〇〇・〇〇	申請者の続柄	子
	住所	各務原市那加桜町〇丁目〇〇番地				
再交付の理由	1 <b>紛失</b>	該当するものに○をつけてください				
	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。

市役所記入欄

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。