

課長	課長補佐	係長	係	受付	令和 年 月 日	受付印	
				決定	令和 年 月 日		
				交付	令和 年 月 日		

## 医療費受給資格証再交付申請書

令和 年 月 日

海南市長 様

申請者 住所 海南市

氏名

電話番号 (        -        -        )

対象者との続き柄 (        )

次のとおり、医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給資格証の種類	1. 子ども    2. ひとり親家庭    3. 重度心身障害者（児） 4. 重度心身障害者（後期高齢）    5. 老人																
受給資格証番号																	
対象者	フリガナ																
	氏名																
	住所	海南市															
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別	男・女										
再交付の理由	1. 破損    2. 亡失    3. その他（        ）																
備考	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>届出者名</td> <td></td> <td>確認日・名</td> <td>・ ・ 【    】</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>1点</td> <td colspan="2">マイナンバーカード・免許証・手帳・</td> </tr> <tr> <td>確認書類</td> <td>2点</td> <td colspan="2">保険証(国・社・後・介)・受給者証(自・重)・</td> </tr> </table>					届出者名		確認日・名	・ ・ 【    】	本人	1点	マイナンバーカード・免許証・手帳・		確認書類	2点	保険証(国・社・後・介)・受給者証(自・重)・	
届出者名		確認日・名	・ ・ 【    】														
本人	1点	マイナンバーカード・免許証・手帳・															
確認書類	2点	保険証(国・社・後・介)・受給者証(自・重)・															