

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		

<b>医療費受給資格証再交付申請書</b>																			
令和 年 月 日																			
海南市長 様		申請者 住所 海南市																	
		氏名 <span style="float: right;">⑩</span>																	
		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	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="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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)・																	