

## 福祉医療費 受給資格証等 再交付申請書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

菰野町長あて

申請者	住所	菰野町大字潤田1250番地
	(資格者本人若しくは同世帯員) 氏名	菰野 太郎 (助成対象者または保護者・同世帯員)
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

以下のとおり、再交付を申請します。なお、受給資格証を再交付された後、以前の受給資格証を発見したときは、直ちに返還します。

	再交付が必要な受給資格者		公費	種類
	氏名・生年月日			
1	菰野 一郎		<input type="checkbox"/> 障がい者医療費	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者証
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		<input type="checkbox"/> 一人親家庭等医療費	<input type="checkbox"/> 医療費助成明細書
	受給者番号		<input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療費	<input type="checkbox"/> その他 ( )
2	年 月 日		<input type="checkbox"/> 障がい者医療費	<input type="checkbox"/> 受給資格者証
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 一人親家庭等医療費	<input type="checkbox"/> 医療費助成明細書
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 子ども医療費	<input type="checkbox"/> その他 ( )
3	年 月 日		<input type="checkbox"/> 障がい者医療費	<input type="checkbox"/> 受給資格者証
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 一人親家庭等医療費	<input type="checkbox"/> 医療費助成明細書
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 子ども医療費	<input type="checkbox"/> その他 ( )
4	年 月 日		<input type="checkbox"/> 障がい者医療費	<input type="checkbox"/> 受給資格者証
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 一人親家庭等医療費	<input type="checkbox"/> 医療費助成明細書
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 子ども医療費	<input type="checkbox"/> その他 ( )

注：受給資格証を汚損したときは、その受給資格証をこの申請書に添付してください。

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> その他 ( )	受領署名	
------	--	------	--

処理欄	担当者	本人確認	<input type="checkbox"/> 即日交付 <input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	交付日 (郵送) 年 月 日