

福祉医療費 受給資格証等 再交付申請書

令和 年 月 日

菰野町長あて

申請者	住所
	(資格者本人若しくは同世帯員)
	氏名
	電話番号

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			☐ 障がい者医療費	☐ 受給資格者証
	年 月 日		☐ 一人親家庭等医療費	☐ 医療費助成明細書
	受給者番号		☐ 子ども医療費	☐ その他 ()
2			☐ 障がい者医療費	☐ 受給資格者証
	年 月 日		☐ 一人親家庭等医療費	☐ 医療費助成明細書
	受給者番号		☐ 子ども医療費	☐ その他 ()
3			☐ 障がい者医療費	☐ 受給資格者証
	年 月 日		☐ 一人親家庭等医療費	☐ 医療費助成明細書
	受給者番号		☐ 子ども医療費	☐ その他 ()
4			☐ 障がい者医療費	☐ 受給資格者証
	年 月 日		☐ 一人親家庭等医療費	☐ 医療費助成明細書
	受給者番号		☐ 子ども医療費	☐ 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	☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ 破損	受領署名	
	☐ 焼失 ☐ その他 ()		

処理欄	担当者	本人確認	☐ 即日交付 ☐ 郵送
		☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書	交付日 (郵送)
		☐ 通帳 ☐ その他 ()	年 月 日