

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		☐ 障がい者医療費	☒ 受給資格者証
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 ☐ 通帳 ☐ その他 ()	交付日 (郵送) 年 月 日