**こども・（高齢）重度障害者・ひとり親家庭等・高齢期移行者**

**医療費受給者証再交付申請書**

No .

次の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

なお、既に交付を受けている受給者証を発見したときは、速やかに返還するとともに、紛失した受給者証による診療については貴市に負担をかけません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| **申請者**  **太枠内をご記入ください** | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | |  |
| 住所 | 神戸市　　　　区 | | |
| 電話番号 | ―　　　　　　　― | | |
| ※平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください。 | | |

**※汚破損した受給者証を添付してくださいい**

神戸市　　　　　区長 宛

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者① | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ・ ・ ・ ・ |
| 氏名 |  | | | | | | 理由 | 紛失（なくした）  　破損（やぶれた）  　汚損（よごれた）  　未到着（とどいていない）  　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日  明・大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　　日 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者② | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ・ ・ ・ ・ |
| 氏名 |  | | | | | | 理由 | 紛失（なくした）  　破損（やぶれた）  　汚損（よごれた）  　未到着（とどいていない）  　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日  明・大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　　日 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者③ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ・ ・ ・ ・ |
| 氏名 |  | | | | | | 理由 | 紛失（なくした）  　破損（やぶれた）  　汚損（よごれた）  　未到着（とどいていない）  　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日  明・大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　　日 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考欄 |  |  | 受領印 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区役所処理欄 | 起案日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | 公開の状況  情報公開条例第10条第1号に該当  分類　17・04・05・04  保存　１年 | 交付方法 |  | 受付 |
| 決裁日：　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 課長 | 担当係長 | 係 | 交付年月日  年　　　月　　　日 | |  |