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

太枠内をご記入ください

申請者	フリガナ	
	氏　名	
	住　所	神戸市　　区
	電話番号	—　　— ※日中に連絡が付く電話番号を記入してください。

神戸市　　区長 宛

※汚破損した受給者証を添付してください

受給者①	受給者番号								㊂・障・高・ひ・移
	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								㊂・障・高・ひ・移
	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								㊂・障・高・ひ・移
	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 決裁日：　　年　　月　　日			
課長	担当係長	係	

公開の状況　公開　部分公開　非公開

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	窓口　郵送	受付
交付年月日 年　　月　　日		