

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	フリガナ				
	氏 名	(印)			
	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								こ・障・高・ひ・移	
	氏名								理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日								

受給者②	受給者番号								こ・障・高・ひ・移	
	氏名								理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日								

受給者③	受給者番号								こ・障・高・ひ・移	
	氏名								理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> 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 <input type="radio"/> 公開 <input checked="" type="radio"/> 部分公開 <input type="radio"/> 非公開	交付方法	<input checked="" type="radio"/> 窓口 <input type="radio"/> 郵送	受付
	決裁日:	年 月 日		交付年月日	年 月 日	
	課長	担当係長	係	<small>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</small>		