

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	— — ※平日の日中に連絡がつ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								㊟・㊞・㊟・㊟・㊟	
	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								㊟・㊞・㊟・㊟・㊟	
	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								㊟・㊞・㊟・㊟・㊟	
	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>			