

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 高 山 市 長

住 所 高山市 \_\_\_\_\_

申 請 者

氏 名 \_\_\_\_\_

受給者証を(紛失・破損)したので、再交付を申請します。

|                       |             | 受給資格者番号 | 氏 名 | 生 年 月 日                  |
|-----------------------|-------------|---------|-----|--------------------------|
| 受<br>給<br>資<br>格<br>者 | 本<br>人      | —       |     | 年 月 日                    |
|                       |             | 住 所     |     | 申 請 者 と の 続 柄            |
|                       |             | 高山市     |     | ・ 本 人<br>・ その他 (       ) |
| 資<br>格<br>者           | 児<br>童<br>等 | —       |     | 年 月 日                    |
|                       |             | —       |     | 年 月 日                    |
|                       |             | —       |     | 年 月 日                    |
|                       |             | —       |     | 年 月 日                    |

|      |  |
|------|--|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳(身体・精神・療育)<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (       )<br><input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳(キャッシュカード) <input type="checkbox"/> 診察券<br><input type="checkbox"/> その他 (       )<br><input type="checkbox"/> 確認不要 <input type="checkbox"/> 保険証(国保・後期)再交付済み |
| 受付者  | 発行者  |

再交付日(受付印)