

障害者・子ども・ひとり親家庭等医療費  
受給資格者証 再交付申請書

笠岡市長 殿

		申請年月日						令和	年	月	日														
届出人	フリガナ 氏名									(署名欄)															
	個人番号											続柄	本人・父・母・子												
	住所									その他( )															
													連絡先	- -											
受給資格者	フリガナ 氏名	1								2								3							
	生年月日	昭・平・令 年 月 日								昭・平・令 年 月 日								昭・平・令 年 月 日							
	個人番号																								
	受給者番号																								
	フリガナ 氏名	4								5								6							
	生年月日	昭・平・令 年 月 日								昭・平・令 年 月 日								昭・平・令 年 月 日							
	個人番号																								
	受給者番号																								
再交付理由	<input type="checkbox"/> 破損（汚損）  <input type="checkbox"/> 紛失																								

※破損（汚損）の場合は、受給資格証を添えて提出してください。

受付処理	<input type="checkbox"/> 手渡し ( マイナ・運転免許証・ )	台帳整理	<input type="checkbox"/> 証回収
	<input type="checkbox"/> 郵送 (      /      )		<input type="checkbox"/> 証回収 入力