

ひとり親家庭等児童福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 秋田市長

〒
申請者 住 所
氏 名
連絡先

福祉医療費受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| No. | フリガナ | 生 年 月 日 | 資格取得 年度 | 再交付を受ける理由 |
|-----|-------|---------|------------|---|
| | 受給者氏名 | | | |
| 1 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 2 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 3 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 4 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 5 | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |

| ※ 処 理 欄 | No. | 住民番号 | 受給者番号 | 制度番号 | 確認事項☑ | 承認日 | |
|------------------|-----|------|-------|-------|---|-----|----|
| | 1 | | | 75・76 | <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 兄弟の取得有無 <input type="checkbox"/> 同住所確認 | / | |
| | 2 | | | 75・76 | | 交付日 | |
| | 3 | | | 75・76 | | / | |
| | 4 | | | 75・76 | 受付者 | 確認者 | 子福 |
| | 5 | | | 75・76 | | | |

※印欄は記入しないでください。