

障がい者医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

申請者											
住所											
氏名											
生年月日 昭和・平成 年 月 日											
連絡先 (- -)											
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

届出者	
☐ 申請者と同じ	
住所	
☐ 申請者と同じ	
氏名	
申請者との続柄 ()	

次のとおり心身障がい者医療費受給者証を再交付してください。

再交付を受ける者	フリガナ	生 年 月 日	受 給 者 番 号
		昭和 平成 年 月 日 令和	
再交付の理由	☐ 損 傷 ☐ 汚 損 ☐ 亡 失		

- 注 1 「再交付の理由」は、該当する□にレ印を記入してください。
- 2 再交付の理由が損傷又は汚損の場合にあっては、損傷し、又は汚損した心身障がい者医療費受給者証をこの申請書に添付してください。

受 付	受給者証	確 認
☐ 受給者証回収 ☐ 返信用封筒 ☐ 次回番号持参依頼		

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他 ()
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・在留カード・障がい者手帳 (顔写真付き)・その他 ()
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書・その他 () B) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他 ()

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点 (A+A又はA+B) を確認