

子ども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	自己負担	確認事項☑	受付者
	1			74・80	有・無	<input type="checkbox"/> 月次更新 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 兄弟の取得有無	確認者
	2			74・80	有・無		
	3			74・80	有・無	承認日	子福
	4			74・80	有・無	/	
	5			74・80	有・無	交付日	
						/	

※印欄は記入しないでください。