

福祉医療費受給者証再交付申請書

	41(老)	43-1(障)	43-2(障)	44-1 ひとり親
年 月 日				
福知山市長 様 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住所 福知山市 申請者 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏名 個人番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (姓) (号) </div>				
下記の理由により、再交付の申請をします。				
受給者	氏名	フリガナ	個人番号	
	住所	福知山市		
	生年月日	年 月 日	受給者番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 1 紛失した <input type="checkbox"/> 2 盗難 <input type="checkbox"/> 3 き損した <input type="checkbox"/> 4 焼失した <input type="checkbox"/> 5 その他() (発生年月日: . .)			
		[事情]		

- <注意> 1 該当する□に✓印を記入すること。
 2 き損の場合は、その受給者証を添付すること。
 3 後日、受給者証を発見した場合はすみやかに返還すること。

この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市福祉医療費給付事業に係る事務に利用します。

※ 審 査	有効 期間	. . ~ . .		再交付日		. .			
	処 理	台帳 入力	. .		決 裁	課長	課長補佐	係長	係
	担 当 者								
※確認		<input type="checkbox"/> 番号確認			<input type="checkbox"/> 実存確認				

様式第7号（第9条の4関係）

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()				
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 その他()				
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未	対応者	