

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										
住 所 福知山市										
申請者										
氏 名										
個人番号										
(TEL)										
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									
	〔事 情〕									
	<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: . .)										

＜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（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項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"/> 資格確認書 <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	