

再交付申請書の記載例

障 親 子 福

再交付を希望される証の  
該当欄にチェック☑して  
ください。

☒医療証

☐福祉給付金資格者証

再交付申請書

医療費助成対象者の住所・  
氏名等をご記入ください。  
マンション等の場合は、棟  
や号まで正確にご記入く  
ださい。

|                      |       |                                                                                                                                             |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|----------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---|---|---|---|---|------|--|--|--|--|
| 申請日                  |       | 年 月 日                                                                                                                                       | 電話番号 | 090-0000-0000 |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
| 申請者                  | 住所    | 名古屋市 千種 区 ○○町2丁目974番地 ○○マンション1棟201号                                                                                                         |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|                      | 氏名    | 名古屋 太郎                                                                                                                                      |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|                      | 生年月日  | 昭和 60 年 3 月 9 日                                                                                                                             |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
| 対象者（子ども医療証の場合は子ども情報） | 住所    | <input checked="" type="checkbox"/> 同上                                                                                                      |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|                      | 氏名    | <input type="checkbox"/> 同上<br>名古屋 市子                                                                                                       |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|                      | 生年月日  | 平成25 年 9 月 2 日                                                                                                                              |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |
|                      | 医療証番号 | 1                                                                                                                                           | 2    | 3             | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 個人番号 |  |  |  |  |
| 申請理由                 |       | <input checked="" type="checkbox"/> 無くした<br><input type="checkbox"/> 破れた<br><input type="checkbox"/> 汚した<br><input type="checkbox"/> その他( ) |      |               |   |   |   |   |   |      |  |  |  |  |

子ども医療証の再交付申  
請の場合は、お子さまの住  
所・氏名等をご記入くださ  
い。

再交付申請の理由の該当  
欄にチェック☑してくだ  
さい。その他の場合は理由  
を記載してください。

点線以下は記入しないで  
ください。

(注) 該当する□の中にレ印をつけてください。  
備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

|       |    |      |     |    |    |     |
|-------|----|------|-----|----|----|-----|
| 決裁年月日 | 課長 | 課長補佐 | 担当者 | 受付 | 入力 | 医療証 |
|       |    |      |     |    |    |     |