

ひとり親家庭医療費受給者証再交付 チェックリスト

(書類名)	(対象者)	(チェック)
○ひとり親家庭等医療費受給者証 再交付申請書	全員	☐
○再交付が必要な方の身分確認が 出来るものの写し	全員	☐
(健康保険証、資格確認書、マイナンバーカード など)		

上記の書類を提出し、申請します。

申請者氏名 _____

重度心身障害者（ひとり親家庭等）医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

留萌市長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号（ ）

下記の理由により 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申請 内 容	受給者	氏 名						受給者番号			
		住 所									
	理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他									
※ 処 理 欄	課長		係長		係		合議		処 年 月 理 日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
	却 理	下 由									

（注）申請者は※欄は記入しないでください。

《身分確認（本人）》
☐マイナ ☐免許 ☐保険
☐手帳 ☐学生 ☐旧受給者証
☐他（ ）

《代理確認（住基要確認）》
①☐保護者等 ☐他（ ）
②☐マイナ ☐免許
☐他（ ）