

証回収 () 証回収入力 ()

	課長	課長補佐	係長	係員	台帳整理
決 裁					月 日

心身障害者医療費
ひとり親家庭等医療費 受給資格証再交付申請書
子ども医療費

令和 年 月 日

笠岡市長 殿

届出人 住所 笠岡市

氏名

連絡先

(続柄)

受給資格者	住所(居住地)	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	受給者番号	氏名	生年月日		
			大・昭平・令	年	月 日
			大・昭平・令	年	月 日
			大・昭平・令	年	月 日
		大・昭平・令	年	月 日	
再交付を受ける理由		1 破損(汚損) 2 紛失 3 その他 ()			

※ 破損(汚損)の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。

☆窓口受付処理 郵送 (/) ・ 手渡し