別記様式第７号（第１１条関係）

ひとり親家庭等　医療費受給者証 再交付申請書

＜受給者証を再交付する方＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| １ | フリガナ | | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | | | 課・初 | | | | | | | | |
| ２ | フリガナ | | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | | | 課・初 | | | | | | | | |
| ３ | フリガナ | | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | | | 課・初 | | | | | | | | |
| ４ | フリガナ | | 年　 月 　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | 市処理欄 | | | 課・初 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | （建物名等） |

＜再交付を申請する理由＞

|  |  |
| --- | --- |
| いずれかに○ | １．破損　　２．汚損　　３．紛失　　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜申請者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |
| --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　 　年　 　月　 　日  　　上記の理由により、ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | － 　　 　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | □　受給者証を再交付する方と同じ　（記入不要）  （建物名等） | | | | 続柄 | | | 受給者証を再交付する方から見て | | | | | | | |

北見市使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　確　認 | 備　　考 | 受　給　者　証 | | |
| ①番・免・パ・手帳  他（　　　　　　　）  ②証・年金・児童・バス  社員・学生  他（　　　　　　　）  代理権確認手段  保険証  障害者手帳・委任状  他（　　　　　　　　　） |  | □窓口交付（　　.　　.　　）  □郵送　　（　　.　　.　　） | | |
| 第　４　類 | | |
| 課長 | 係長 | 係 |