

年 月 日

(宛先)寝屋川市長

〒 ー  
住所: 寝屋川市

フリガナ

氏名:

児童福祉法施行規則第7条の23第2項の規定により、下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

受診者	フリガナ																									
	氏名																									
	受給者番号																生年月日							年	月	日
	個人番号																									
	住所	〒 ー 寝屋川市																								
申請者	フリガナ																受診者との続柄									
	氏名																									
	個人番号																									
	住所	〒 ー 寝屋川市 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(受診者と住所が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)																								
	電話番号	ー ー																								
再交付を希望する書類		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 子ども健康手帳																								
再交付の理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 ※破損した受給者証を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他( )																								

※ 個人番号の記載がない場合は、住民基本台帳法に基づき住民基本ネットワークシステムへ個人番号の照会を行います。

市記載欄

個人番号の記載の有無		有	・	無	( <input type="checkbox"/> 住民ネットワークシステムへの照会について説明済 )
申請者の確認	本人の申請の場合(本人の身元確認)				
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書				
	代理人申請の場合(代理権の確認+代理人の身元確認)				
代理権の確認		任意代理人の場合: <input type="checkbox"/> 委任状 法定代理人の場合: <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 裁判所の決定通知			
代理人の身元確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書			