

心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市

區長

申請者氏名

受給者との関係 ☐ 本人 ☐ 同一世帯の親族 ☐ 別世帯の親族 ☐ 代理人

※別世帯の親族や代理人の場合は委任状が必要です。

医療費受給者証を ☐汚損 ☐破損 ☐紛失 ☐その他 ()
したので、再交付の申請をします。

受給者番号						医療区分	心身障害者	
受給者	住所	仙台市 区 (電話 — —)						
	フリガナ							
	氏名							
助成対象者①	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						
受給者番号						医療区分	心身障害者	
助成対象者②	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						
受給者番号						医療区分	心身障害者	
助成対象者③	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						

※汚損、破損等した医療費受給証がある場合は、窓口へ返還してください。

記 仙 入 台 欄 市	確 本 認 人	写真付き証明書1点 免許証・パスポート・個人番号カード・手帳(身体・療育・精神)・その他()			
		写真なし証明書2点 資格確認証・児扶手証書・特児扶通知書等・年金手帳・その他()			
	委 任 状	☐ 交付まで含む委任※ → ☐ 即時交付 ☐ 郵送交付 ☐ 交付を含まない委任 → 郵送交付(本人確認不要)		再交付年月日	年 月 日

※本人確認物ありの場合は即時交付、なしの場合は郵送交付