

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 区長

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。

記入欄 仙台市	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 保険証・受給者証・手当証書(児扶・特児)・年金手帳・郵便物・通帳・診察券・その他()		
	委任状	<input type="checkbox"/> 交付まで含む委任※ → <input type="checkbox"/> 即時交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付		再交付年月日
		<input type="checkbox"/> 交付を含まない委任 → 郵送交付(本人確認不要)		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