□乳幼児
□重度心身障害者等　医療費受給資格証再交付申請書
□ひとり親家庭等

平成　　年　　月　　日

さぬき市長 殿

住　　所 さぬき市

申請者氏名　　㊞

対象者氏名

次の理由により、医療費受給資格証の再交付を申請します。

申 請 理 由 (該当する番号に○をしてください。)	1. 紛失　　2. 破損　　3. 汚損 4. その他(具体的に書いてください。) ( )

※市記入欄	再交付年月日							
	受給者番号							
	受給者番号							
	受給者番号							

※欄は記入しないでください。