

- 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

年 月 日

さぬき市長 殿

住 所 さぬき市 _____

申請者氏名 _____ ⑩

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。

| | |
|---|---|
| <p>申請理由 (該当する番号に○ をしてください。)</p> | <p>1. 紛失 2. 破損 3. 汚損</p> <p>4. その他(具体的に書いてください。)</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 80px; margin: 0 20px;"></div> |
|---|---|

| | | | | | | | |
|-------|--------|--|--|--|--|--|--|
| ※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。