

受給者証再交付申請書

年 月 日

八幡浜市長 様

<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費
<input type="checkbox"/> 子ども医療費

申請者 住 所

受給者番号

氏 名

電話番号

I	再交付理由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 により受給者証の再交付を申請します。			
II	受給資格者	住 所	八幡浜市		
		電話番号			
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
III	子 ども	氏 名	続 柄		
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
		氏 名	続 柄		
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
		氏 名	続 柄		
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
		氏 名	続 柄		
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
		氏 名	続 柄		
		ふりがな	生年月日	年 月 日	
氏 名	続 柄				

※ I 「再交付理由」が 1 又は2の場合は、受給者証を添付すること。

※ ひとり親家庭医療費又は子ども医療費で再交付が必要な子どもについてIII「子ども」に記入ください。