

(別紙4)

別記第4号様式 (第6条第1項関係)

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

滝川市長 様

届出人の住所・
氏名・電話番号を記入

申請者

住 所 滝川市大町1丁目2番15号

氏 名 医療 太郎

(TEL 23 - 1234)

次の理由により、医療費受給者証の再交付を申請します。

記

該当するものを

○で囲む

受給者証の種類	子ども・重度(障・障老)・ひとり親	
受給者	住 所	滝川市大町1丁目2番15号
	氏 名	医療 一郎
	受給者証番号	0123456
理 由	1 破いた 2 汚した 3 失った 4 その他 ()	

該当するものを
○で囲む

備考 「受給者証の種類」及び「理由」の欄は、該当するものに○印を付けてください。