

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

滝川市長 様

住 所
申請者
氏 名
(T E L)

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

受給者証の種類		乳幼児 ・ 重 度 (障 ・ 障 老) ・ ひとり親
受 給 者	住 所	
	氏 名	
	受 給 者 証 号 番 号	
理 由		1 破いた 2 汚した 3 失った 4 その他 ()

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。