

様式第11号 (第5条関係)

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 美唄市長

住所

申請者

氏 名

受給者との続柄 ()

電話番号

下記の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

記

対 象 種 別		1 重度心身障がい者 2 ひとり親家庭等 3 子ども		
受給対象者	住 所			
	氏 名		受給者番号	
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他（ ）			

						处理		
						年	月	日
※ 決	裁							

(注) ※欄は記入しないでください。