

<input type="checkbox"/>	重度心身障害者
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等
<input type="checkbox"/>	子どもの

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者 住所

氏名

電話

医療費受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
受給者番号		
フリガナ		生 年 月 日
①受給者氏名		S・H・R 年 月 日

受給者番号		
フリガナ		生 年 月 日
②受給者氏名		S・H・R 年 月 日

受給者番号		
フリガナ		生 年 月 日
③受給者氏名		S・H・R 年 月 日

申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
備考			

				受付		
				課長	係長	係
交付年月日 年 月 日						
窓口・郵送						