

ひとり親家庭等  
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"/> 申請者と同じ |  |             |
| 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<br>年 月 日 |  |  | 窓口・郵送 |    |    |