

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費受給者証再交付申請書

恵庭市長様

令和 年 月 日

申請者 住所 恵庭市

氏名

受給者との続柄 本人・その他（ ）

電話番号

下記の理由により、重度心身障害者又はひとり親家庭等医療費の受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	氏名		受給者番号	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
	住所	恵庭市		
再交付の理由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他			

※ 決定欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。				
	2. 次の理由により、上記申請を却下する。				
	却下理由				
	課長	主査	担当	証交付	決定年月日
				令和 年 月 日	

注 ※欄は、記入しないでください。