

子ども  
ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書  
重度心身障害者(児)

令和 年 月 日

坂井市長 殿

申請者(受給資格者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(対象者との続柄 \_\_\_\_\_)  
Tel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

医療費受給者証の再交付を申請します。

対 象 者	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	備考
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	-----	男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	再交付理由	破損・紛失・その他( )		
備考				

注 破損した場合は、この申請書に必ず破損した受給者証を添えてください。