

各医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

登別市長 様

住 所 登別市 町 丁目 番地

氏 名 印

電話番号

重度心身障害者・ひとり親家庭等・子ども 医療費受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受給者資格者	氏名		受給者証番号	
	住所	登別市	町	丁目 番地
申請理由				
備考				

※ 下欄は、記入しないでください。

再交付年月日	年 月 日	受給者証番号	第 号	取扱者印	
--------	-------	--------	-----	------	--