

心

こ

ひとり

身

ども

親家庭

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)加賀市長

申請者 住所 加賀市

(保護者)

氏名

電話番号 ()

心

こ

ひとり

身

ども

親家庭

医療費受給者証の再交付を受けたいので、申請します。

受給者番号			
受給者氏名 (こども氏名)		生年月日	年 月 日生
住所 (申請者と同じ場合は不要)			
再交付の事由	1 紛失 2 汚損 3 破損		