

〔子ども家庭等
障がい者
精神障がい者通院〕

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所 大府市 町 番地

氏名

電話

次のとおり申請します。

受給者番号							
受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	年 月 日			男 ・ 女		
申請理由	(1) 破った (2) 汚した (3) 失った (4) その他 理由をお書きください。 []						
※再交付年月日	年 月 日						

- (注) 1 申請理由が、(1)又は(2)の場合は、受給者証を添えて提出してください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。

記入例

（~~そ~~ ~~ど~~ ~~も~~）
母子家庭等
障がい者
精神障がい者通院

医療費受給者証再交付申請書

令和 2年 4月 1日

大府市長 殿

申請者 住所 大府市中央町五丁目70番地

氏名 大府 太郎

電話 0562-45-6230

次のとおり申請します。

受給者番号	3	2	4	0	0	0	0	
受給者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	ふりがな	おおぶ はなこ						
	氏名	大府 花子						
	生年月日	令和2年 5月 9日				男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女		
申請理由	(1) 破った (2) 汚した (3) 失った (4) その他 理由をお書きください。 []							
※再交付年月日	年 月 日							

- (注) 1 申請理由が、(1)又は(2)の場合は、受給者証を添えて提出してください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。