

様式第6号（第5条関係）

乳 幼 児 等  
 重度心身障がい者 医療費受給者証再交付申請書  
 ひとり親家庭等

年 月 日

夕張市長 様

申請者 住所

氏名 印

(電話 ー )

次の理由により、医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者証	区 分	乳 幼 児 等 医 療	重 度 心 身 障 がい 者 医 療	ひ と り 親 家 庭 等 医 療
	記号番号			
受 給 者	フリガナ氏名	(住所)		
	生年月日	年 月 日 男・女		
理 由	(該当するものに○を記入すること。) ・破損した。 ・汚損した。 ・紛失した。 ・その他( )			
※ 決 定 欄	受給者証を再交付する。	交付年月日	年 月 日	

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

決 裁	課 長	主 幹	係 長	主 査	係