

# 母子家庭等医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....岡崎市十王町2丁目3番地.....

氏名.....岡 崎 和 子.....印  
(電話 局 番)

次のとおり母子家庭等医療費受給者証を再交付してください。

再交付を受ける者の氏名	<u>岡 崎 花</u>	再交付を受ける者の生年月日	<u>平成</u> 年 月 日
受給者番号	<u>3 3 3 3 3 3 3</u>		
再交付の理由	損 傷 汚 損 <u>レ</u> 亡 失		

注1 「再交付の理由」は、該当する レ印を記入してください。

2 再交付の理由が損傷又は汚損の場合にあっては、損傷し、又は汚損した母子家庭等医療費受給者証をこの申請書に添付してください。

受給者証