

医 療 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

平成 年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市
申請者
氏 名

下記の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受 給 者	住 所				
	氏 名				
	受 給 者 証	・重度 ・障老 ・ひとり親・乳幼児等			
	記 号 番 号	第 号			
理 由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他 ()				
※ 破損、汚損の場合は旧受給者証を添付してください。		係	係 長	補 佐	課 長