様式第５号（第８条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　　　　　　　　様

届出人（受給者等）

　　　　　　　　　　　住所　岩泉町　　　　字　　　　　　　番地

氏名

（電話番号　　　　-　　　　-　　　　　）

医療費受給者証再交付申請書

次のとおり、医療費受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦 | | |
| 受給者証番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 受給者氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 再交付  申請理由 | １　破損（汚損）　２　紛失　３　その他（　　　　　） | | |
| 破いた又は無くした理由を詳しく書いてください。 |  | | |

（Ａ４）