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）