

重度心身障害者医療費受給資格者証

ひとり親家庭医療費受給資格者証

再 交 付 申 請 書

子ども医療費受給資格者証

令和 年 月 日

(宛先)今治市長

申請者 住所 今治市

氏名

連絡先 () -

受給資格者 記号番号	重 ・ ひ ・ 子						

次のとおり医療費受給資格者証の再交付を申請します。

※受給資格者 氏名		生年月日	年 月 日
再交付理由	1. 破 損 2. 汚 損 3. 紛 失	4. そ の 他 ()	
(注) 再交付理由が1又は2のときは、受給資格者証を添付すること。			
備 考			

※子ども医療については、対象児童の氏名

係	受付