

母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書

記入例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

江 南 市 長

申請者 住 所 江南市赤童子町大堀○○番地

受給資格者の住所・氏名等を記入してください。

ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名を記入してください。

氏 名 江南 太郎

電 話 0587-54-1111

下記のとおり申請します。

再交付を希望される方の
住所・氏名等を記入してください。
複数人の申請も1枚でできます。

受 給 者 番 号		8 1 8 —
受給資格者	住 所	☐ 申請者に同じ
	氏 名	
	生年月日	昭 和 年 月 日 平 成
申 請 理 由		1 破損 2 紛失 3 その他
備 考		

確認書類	免マ他	委任確認	保マキヤ	通手受	入力
------	-----	------	------	-----	----

様式第 3 (第 5 条関係)

母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

江 南 市 長

申請者 住 所

氏 名

電話

下記のとおり申請します。

受 給 者 番 号		8 1 8 —	
受給資格者	住 所	□申請者に同じ	
	氏 名		
	生年月日	昭 和 平 成 年 月 日	
申 請 理 由		1 破損 2 紛失 3 その他	
備 考			

免マ他	確認書類	入	通手受	保マ	委任確認
-----	------	---	-----	----	------