

医療証再交付申請書
(子ども・重度障害者・ひとり親)

平成 年 月 日申請

宗 像 市 長 あて

(子ども ・ 重度障害者 ・ ひとり親)医療証を

なくした
やぶれた
よごした

ので、再交付を申請します。

受給者番号									
対 象 者	氏 名								
	生年月日	年	月	日					
申 請 者 (保護者)	住 所								
	氏 名								印
	電話番号	()	—					
備 考									

注意事項

- 1 該当する箇所を○で囲んでください。
- 2 太枠内をご記入ください。
- 3 申請者の方の身分証コピーを添付の上申請ください。

受付	入力	交付