様式第3号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 |  | 子　ど　も | 医療費受給者証再交付申請書　　年　　月　　日　　 |
|  | 母子家庭等 |
|  | 重度心身障害者 |
| 　　池田町長　　　　殿　　　住所　池田町　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　医療費受給者証を汚損・亡失したので再交付を申請します。 |
| 受給者証 | 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住所 | 　池田町 |
| 氏名・性別 | 　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　 |
| 加入医療保険 | 世帯主・被保険者又は組合員の氏名 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 記号・番号 | 　 |
| 　備考 |