

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 ⑩

（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)