

様式第3号(第5条関係)

<p>医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)愛西市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p>下記のとおり医療費受給者証の再交付を申請します。</p>	
医療費区分	子ども・障害者・母子・父子家庭・後期高齢者・精神障害者
受 給 者	受給者証 記号・番号
	住 所
	氏 名
	生年月日
申 請 事 由	<p>1 破った</p> <p>2 汚した</p> <p>3 失った</p> <p>4 その他</p> <div style="margin-left: 100px;"> <p>— 事情を記入してください</p> </div>
※再交付年月日	年 月 日

(注)1 破った 2 汚した 場合は、受給者証を添えてください。

※再交付年月日 は記入不要