

23-07 こども手当・医療給付課

16-05 障害福祉課

障 害 者  
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格証再交付申請書  
子 ど も

令和 年 月 日

四日市市長

住 所 四日市市  
申請者氏名  
電 話

下記の理由により、受給資格証の再交付を申請します。

なお、受給資格証を再交付された後、以前のもので発見された時は、直ちに返還します。

記

受給資格証番号			
受給者氏名	□申請者と同じ		
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	性 別	男 ・ 女
住 所	□申請者と同じ		
理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 破 損		

受付印

- 障害福祉課  
 こども手当・医療給付課