

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 こども

医療費受給資格証等再交付申請書

(宛先) 松 阪 市 長

決 裁	課 長	担当監	担 当

受 給 者	(フリガナ) 氏 名	-----		性 別
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	松 阪 市 町 番 地		
	番 号	(破れたり汚した方のみ記入してください。)		

(下記理由の該当番号に○印を付けてください。)

理 由	1 無くした。 ※ 交付済の受給資格証が出て来たら、松阪市に返還します。
	2 破れた。 ※ 交付済の受給資格証を松阪市に返還します。
	3 汚した。 ※ 交付済の受給資格証を松阪市に返還します。

受給資格証等の再交付をもって、再交付決定の通知とすることを御承知ください。

令和 年 月 日

申 請 者 住 所 松 阪 市 番 地 _____

氏 名 _____ 続 柄 ()

電 話 () -

確 認 書 類	運 転 免 許 証	保 険 証	マイ ナ ン バ ー カ ー ド	在 留 カ ー ド	パ ス ポ ー ト	(そ の 他)
------------------	-----------------------	-------------	---------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------