

- 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・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	<ul style="list-style-type: none">1 無くした。 ※ 交付済の受給資格証を発見した場合、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	個人番号カード	運転免許証	在留カード	パスポート	その他 ()
------	---------	-------	-------	-------	------------