□重度心身障害者等
□ひとり親家庭等
□子ども

医療費受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

さぬき市長　殿

住　　所　さぬき市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の理由により、医療費受給資格証の再交付を申請します。

申　請　理　由 （該当する番号に○をしてください。）	1．紛失　　2．破損　　3．汚損 4．その他（具体的に書いてください。） （　　）

※市記入欄	再交付年月日							
	受給者番号							
	受給者番号							
	受給者番号							

※欄は記入しないでください。