

ひとり親家庭医療・重度心身障害者医療・子ども医療 再交付申請書

(宛先) 松山市長

申請者

- ・ひとり親 …… 家庭主
- ・重心 …… 受給者(受給者が20歳未満の場合は保護者)
- ・子ども …… 受給資格者 ※それぞれ受給者証を確認してください。

住所	松山市		
氏名			印
電話番号	自宅・携帯・その他()	—	—

来庁者

住所	同上 ・ 松山市		
氏名		印	続柄
電話番号	同上・自宅・携帯・その他()	—	—

※ 上記来庁者を代理人と定めて、再交付申請について委任します。

◎ 次の理由により、以下の証の再交付を申請します。

再交付の理由 紛失 破損 汚損 未着 その他()

受給者証の種類	受給者番号						受給者氏名
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療							
<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療							
<input type="checkbox"/> 子ども医療							

- 破損・汚損により再交付申請するときは、その受給者証を添付してください。
- 紛失した受給者証を発見した場合は、速やかに返還してください。

ひとり親	<input type="checkbox"/> 手渡し()	<input type="checkbox"/> 郵送()	受付部署受理印
重心	<input type="checkbox"/> 手渡し()	<input type="checkbox"/> 郵送()	
子ども	<input type="checkbox"/> 手渡し()	<input type="checkbox"/> 郵送()	
照 合	入 力	受 付	