

様式第 11 号(第 13 条関係)

担 当	担当主査	課長補佐	決 裁	決 裁	令和 年 月 日
				受 付	令和 年 月 日

福 祉 医 療 証 再 交 付 申 請 書

医療証番号		保険種別		負担金	有・無
受給者氏名		受給者生年月日	T S H R . .		
受給者住所		被保険者(世帯主)氏名	<input type="checkbox"/> 受給者本人		
<p>() 重度心身障がい(児)者医療証(老人)</p> <p>() 重度心身障がい(児)者医療証 亡失</p> <p>() 子育て支援医療証(歳児用) を 破損 したので、再交付を申請します。</p> <p>() ひ と り 親 家 庭 等 医 療 証</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話 ()</p> <p>米沢市長 あて</p>					