医療証再交付申請書

（ 子ども・障害者・ひとり親 ）

年　　月　　日申請

宗　像　市　長　　あて

今般、(　子ども　・　障害者　・　ひとり親　)医療証を

年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの間に、

なくした
やぶれた　　ので、再交付を申請します。
よごした

受給者番号								

再　交　付 対　象　者	氏　　名	昭・平・令　　年　　月　　日生
	氏　　名	昭・平・令　　年　　月　　日生
	氏　　名	昭・平・令　　年　　月　　日生
申　請　者	住　　所	
	氏　　名	
	電話番号	(　　　　　)　　　　－
備　　考		

注意事項

1　該当する箇所を○で囲んでください。

2　太枠内をご記入ください。