

第6号様式(第5条関係)

受給者証記号番号											
母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書											
年 月 日											
清須市長 様											
住 所											
申請者 氏 名 ㊟											
電話番号											
次のとおり受給者証を再交付してください。											
受給資格者	住 所										
	ふりがな 氏 名						申請者との 続 柄				
	生 年 月 日		年 月 日生			性 別		男・女			
申 請 理 由		1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 事情をお書きください。									
※再交付年月日		年 月 日									

(注) 1 破 損 2 汚 損 の場合は、受給者証を添付してください。
※印の欄は、記入しないでください。