

**再交付**

- 重度心身障害者
- 中度身体障害者
- ひとり親家庭等
- 寡婦等
- 妊産婦
- 乳幼児
- 小学生
- 中学生

**医療費受給者証 再交付申請書**

年 月 日

盛岡市長 様

申請者 住所

氏名

連絡先

医療費受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

No.	受給者氏名	生年月日	再交付を受ける理由
1		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
2		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
3		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
4		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
5		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）