

奈良市 [ 子ども  
ひとり親 ] 医療費受給資格証再交付申請書

令和          年          月          日

(宛先) 奈 良 市 長

次のとおり受給資格証の再発行を申請します。

フリガナ			
申請者氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
電話番号	( 自宅 ・ 父 ・ 母 )		
メールアドレス	@		

フリガナ				
受給者氏名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受給資格証番号				
申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			

(注) 再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、速やかに返戻してください。

再交付日          令和          年          月          日

受付	確認