

令和 年 月 日

小国町長 仁科 洋一 殿

申請者 住所 小国町大字.....

.....  
氏名.....

## 医療証再交付申請書

下記のとおり、医療証の再交付を申請いたします。

記

### 1. 再交付を申請する医療証の種類

- 重度心身障がい（児）者医療証                       ひとり親家庭等医療証  
 子育て支援医療証

### 2. 受給者

住 所 小国町大字.....

氏 名 .....

生年月日 昭・平・令 年 月 日.....

### 3. 再交付申請理由

破った・紛失した・汚した・その他（ ）