青森市 □子ども医療費医療証再交付申請書
□ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書
□重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書

年　月　日

青森市長様

住所　青森市

（申請者）

連絡先　（　　）

ふりがな
氏名

次のとおり、□子ども／□ひとり親家庭等／□重度心身障害者 医療費受給者証等の再交付を下記の理由により、申請します。

受給者番号		受給者氏名	
再交付の理由	(1)　紛失　　(2)　破損等 (3)　その他 （理由　　）		

注）　再交付理由の該当する事項を○で囲んでください。

受付	確認	備考